
RES, A
3
1866

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

(Section de chirurgie et d'accouchements).

DES

# TUMEURS DES MUSCLES

## THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

PAR

**Le Dr Armand DESPRÉS**

Chirurgien de l'hôpital de Lourcine,

Membre de la Société impériale de chirurgie et de la Société anatomique.

PARIS

IMPRIMERIE DE E. MARTINET

RUE MIGNON, 2

1866

## JUGES DU CONCOURS.

MM. DENONVILLIERS, *président.*
DOLBEAU, *secrétaire.*
GOSSELIN.
NÉLATON.
PAJOT.
RICHET.

---

## COMPÉTITEURS.

### CHIRURGIE.

MM. ANGER.
BERRUT.
CRUVEILHIER.
DUBREUIL.
DUPLAY.
TILLAUX.

### ACCOUCHEMENTS.

MM. BAILLY.
GUÉNIOT.
VERRIER.

DES

# TUMEURS DES MUSCLES

---

## AVANT-PROPOS

Les tumeurs des muscles sont un sujet d'étude qui a l'attrait de la nouveauté. Des faits déjà assez nombreux cependant ont été recueillis pendant le cours de ce siècle, et sont suffisants pour approfondir la question. C'est dire que nous aurons peu d'histoire à faire.

Tout ce travail doit avoir pour but de réunir les faits authentiques publiés dans les mémoires et les recueils des Sociétés savantes et dans les publications périodiques.

En dehors du court chapitre du livre de Warren sur les tumeurs des muscles (1), il n'y a pas eu de livres publiés pour étudier toutes les tumeurs des muscles. Il y a seulement trois mémoires un peu étendus sur des parties de la question.

M. Bouisson, 1846, a étudié les tumeurs syphilitiques des muscles (2).

M. Mourlon, 1861, a publié un essai sur les hernies musculaires (3).

M. Teevan, 1863, a envoyé à un journal anglais une communication sur les tumeurs des muscles volontaires (4).

(1) Warren, *On Tumours*, 1839, p. 64.

(2) *Gaz. méd.*, 18h6, et Bouisson, *Tribut à ia chirurgie*, Paris, 1858, t. I, p. 327.

(3) Mourlon, *Essai sur les hernies musculaires*, Paris, 1861 (*Bibl. de méd., de chir. et pharm. militaires*).

(4) Teevan, *On Tumours on voluntary muscles* (*British and foreing Med. chir. Review*, 1863, vol. XXXII, p. 504).

# CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

## § I.

Les muscles, organes du mouvement, se présentent dans les êtres organisés, avec deux types : le type à fibres striées, le type à fibres unies. Un mot sur chacune de ces variétes de muscles.

Les muscles à fibres striées sont composés de fibres élémentaires spéciales, dont la constitution intime n'est pas encore connue d'une façon absolue.

On considère aujourd'hui comme une hypothèse seulement probable, la description de Bowman. Suivant l'auteur anglais, on le sait, la fibre musculaire est le résultat de la superposition et de la soudure de disques arrondis (*Sarcous elements*), composés d'une substance protéique, ayant la forme d'une vésicule, ainsi que l'ont pensé Érasmus Wilson, et plus tard Barry.

L'opinion de Raspail sur la disposition spirale de la fibre musculaire, quoique reprise par Arnold et Reichert, n'est plus admise.

Mais si la texture intime de la fibre musculaire est restée impénétrable, même pour le microscope, les anatomistes ont été plus heureux d'un autre côté. La structure des muscles est aujourd'hui bien étudiée et bien connue.

Un muscle est essentiellement composé de fibrilles musculaires réunies pour former un faisceau secondaire, et l'ensemble d'un plus ou moins grand nombre de ces faisceaux est un faisceau tertiaire ou un muscle, suivant qu'il s'agit d'un muscle volumineux ou d'un muscle grêle.

Il y a donc, comme on le voit, dans tout muscle, une substance propre, qui est la fibre musculaire, et une substance unissante.

Quoique l'on ait donné à la substance unissante des fibres musculaires divers noms, tels que myolème et sarcolème,

périmysium interne et périmysium externe, il convient d'admettre que du tissu cellulaire organisé sous forme de membrane, et contenant des fibres élastiques, forme toutes les enveloppes des faisceaux primitifs et l'enveloppe du muscle entier. C'est la substance interfibrillaire des anatomistes allemands.

A côté de cette substance unissante, il y aurait, suivant le professeur Robin, des vésicules adipeuses. Des artères, des veines et même des vaisseaux lymphatiques se rendent aux muscles ou en partent, et il n'y a rien de spécial à dire des artères, si ce n'est qu'elles fournissent des réseaux capillaires parallèles aux fibres musculaires, et que ce système de capillaires est distinct des parties voisines, dans les muscles pourvus d'une gaîne. Les veines sont munies d'un très-grand nombre de valvules. L'existence des vaisseaux lymphatiques a été admise *à priori*, et M. Sappey croit à leur existence, quoiqu'il ne lui ait pas été possible de les suivre jusque dans les muscles.

Les muscles sont mis en action par des nerfs disposés en anses (Prévost et Dumas), ou terminés en se divisant et en s'épuisant pour ainsi dire dans la substance musculaire (Rouget, Krause, Kühne).

Les muscles, organes de mouvement, s'attachent à des parties solides qu'ils doivent mouvoir; pour cela, il y a des modifications dans divers muscles. Ainsi les uns s'insèrent directement sur les os ou les cartilages, ou les parties molles, par une des extrémités des faisceaux musculaires; les autres ne s'attachent aux parties mobiles que par l'intermédiaire d'un tendon.

Les livres d'histologie ne sont pas d'accord sur la nature des tendons. Les uns disent qu'ils sont composés de substance conjonctive, entremêlée de tissu élastique; d'autres en font un simple tissu fibreux. Et il s'est trouvé un auteur, M. Margo, qui a résumé les livres qui ont précédé le sien, et qui a donné une théorie séduisante de la structure des tendons (1).

Les tissus qui font suite aux muscles ne sont que la continuation de tous les éléments conjonctifs du muscle, c'est-à-dire

(1) T. Margo, *Neue Untersuchungen uber die Entwickelung des Wachsthum die Neubildung und den feineren Bau der Muskelfasern*. Vienne, 1859, in-8°.

du sarcolème, des fibres conjonctives, qui réunissent par adhésion les divers éléments du muscle. Cette opinion a du moins l'avantage de réunir histologiquement d'une manière définitive les tendons aux muscles. Nous ne sommes plus, en effet, au temps où l'on décrivait les tendons à part des muscles, comme une des dépendances du système fibreux. De ce que d'ailleurs les vaisseaux des tendons sont en connexion intime avec ceux des muscles, et de ce que plusieurs affections semblables atteignent les muscles et les tendons, le rapprochement était naturellement indiqué.

Les muscles à fibres lisses, muscles de la vie organique (Bichat), muscles internes (Béclard), sont des fibres caractérisées par une succession d'étranglements et de renflements, suivant M. Béclard. Pour le professeur Robin, ce sont de grosses fibres-cellules et des éléments dartoïques et lamineux (1). Ces fibres sont réunies entre elles sous forme d'anses, ce qui constitue un muscle; sous forme de membrane, ce qui constitue une tunique musculaire telle qu'on le voit dans l'intestin ; enfin, sous forme de réceptacle creux, comme la vessie et l'utérus.

Ces couches de tissu musculaire sont entourées de tissu cellulaire à travers lequel passent les vaisseaux et les nerfs destinés à ces muscles.

A cet ordre de muscles peuvent être rattachées les fibres-cellules contractiles des canaux excréteurs des capillaires et des villosités intestinales; ce sont là des éléments musculaires rudimentaires.

§ II.

M. Béclard (2) résume nettement ce qui a été vu du développement des muscles.

1° Les muscles procèdent de cellules embryonnaires qui s'allongent, c'est là un premier état auquel peut s'arrêter le déve-

(1) G. Pouchet, *Histologie humaine, d'après les travaux de l'école française.* Paris, 1864, p. 167.

(2) Béclard, *Anatomie générale*, avec les additions de J. Béclard, 4e édit., p. 641.

loppement, et alors il y a *fibre-cellule*. Ces cellules peuvent se souder bout à bout, les cloisons de jonction disparaissent et il en résulte un ensemble de fibres qui présentent des étranglements. Cette phase de développement constitue la *fibre lisse*.

La *fibre striée* est un degré plus avancé de développement. La fibre lisse devient uniforme et cylindrique; à ce moment, de nouvelles cellules apparaissent par formation endogène, puis le contenu de la fibre devient le siége d'un travail en vertu duquel apparaissent des fibres segmentées, telles que l'on voit les fibres des muscles volontaires arrivées à leur complet développement.

Passé le temps de la formation première des tissus, il ne se produit point de fibres musculaires, ni pour la réparation des plaies des muscles, ni pour l'augmentation physiologique des muscles due à l'exercice, ni pour l'hypertrophie pathologique de ces organes.

Des exceptions existent cependant. Au moment de la grossesse, l'utérus est le siége d'une production d'éléments embryonnaires qui donnent naissance à des fibres-cellules qui se transforment en fibres lisses.

Ces muscles nouveaux sont caduques ou se transforment quelquefois ultérieurement en une production pathologique, en corps fibreux et polypes fibreux de l'utérus, dont la masse est constituée d'ordinaire par du tissu fibreux.

Les faisceaux musculaires des intestins, de la vessie et du cœur peuvent s'hypertrophier, mais aujourd'hui encore il y a des incertitudes sur la nature de cette hypertrophie. On ne peut affirmer qu'il y ait de nouvelles fibres musculaires produites.

Qu'il nous soit permis ici une digression sur la production du tissu musculaire en dehors de l'âge du développement.

Wolf a dit avoir vu des fibres musculaires de nouvelle formation (1); il n'y avait pas eu d'examen microscopique du tissu nouveau, c'est là une simple assertion.

Il y a un plus grand cas à faire du mémoire de Zenker (2),

(1) Wolf, *Résumé d'un travail sur la formation nouvelle du tissu musculaire* (*Arch. de méd.*, 1832, 2e série, t. IX, p. 127).

(2) Zenker, *Uber die Veraenderungen der Willkührlichen Muskeln im Typhus*, 1864.

qui a créé un ordre de tumeurs qu'il appelle les Rabdomyomes, avec des observations empruntées à Recthlinghausen (muscles nouveaux dans le cœur d'un nouveau-né), Billroth (fibres musculaires nouvelles dans les muscles du bras, observation douteuse), Lambl (tumeur de la cuisse, observation douteuse quant à l'origine du tissu musculaire nouveau seulement dans le muscle), et à Rokitansky, Virchow, Billroth, Senftleben. Voici le titre des observations de ces quatre derniers auteurs :

Rokitansky (*Zeitschrift der Wiener Ærzte*, p. 5, t. V, 1849): Sarcome de la tunique albuginée du testicule; au milieu des éléments du tissu connectif, on reconnaissait quelques fibres musculaires striées.

Virchow (*Archiv für path. Anat.*, t. VII) découvrit des fibres musculaires striées dans les parois d'un cystoïde de l'ovaire (il examina deux langues hypertrophiées et ne put y découvrir des fibres embryonnaires).

Billroth (*Archiv für path. Anat.*, t. VII) : Cysto-sarcome du testicule, fibres musculaires embryonnaires, non striées, pâles, cylindriques, garnies de noyaux.

Senftleben (*Archiv für path. Anat.*, t. XV) : Tumeur complexe du testicule; cysto-sarcome avec combinaison de cancroïde; fibres musculaires striées, de petites dimensions, avec noyaux.

A ces observations on peut joindre celle de O. Weber, que nous reproduisons plus loin, et qui est un cas de génération des fibres musculaires striées nouvelles dans la langue.

On voit d'après les faits que quatre fois on a rencontré des hyperplasies musculaires homotopes, pour nous servir des termes nouveaux, dans le tissu musculaire même, et que, bien plus, dans les tumeurs du testicule, on en a aussi rencontré.

Mais des faits nouveaux confirmeront-ils tous ces examens microscopiques? C'est ce que nous ne pouvons affirmer.

On pourrait douter : car on peut peut-être supposer, malgré l'autorité de Billroth, Rokitansky et Zenker, que les fibres musculaires striées trouvées dans une tumeur du testicule par

Billroth étaient des fibres du crémaster emprisonnées dans la tumeur.

Nous avons en France un cas de tumeur des parois du vagin contenant à l'intérieur des fibres musculaires lisses.

L'opération a été faite par M. Demarquay. L'examen microscopique a été pratiqué par Ch. Dufour, et cet habile anatomo-pathologiste disait qu'il s'agissait des fibres lisses normales du vagin enfermées dans une tumeur fibreuse (1).

Sans entrer dans de longs détails sur les phénomènes du développement du système musculaire et sur la physiologie des muscles, nous dirons ici, pour éclairer notre sujet, que les muscles se développent de très-bonne heure. Le cœur, les muscles de la vie animale, apparaissent les premiers et sont de bonne heure constitués par des fibres qui ne changeront pas. Enfin, nous rappellerons qu'au début les muscles et les tendons sont continus, ce qui indique bien encore leur relation de composition, et que, suivant Burdach, les muscles volontaires et leurs tendons réunis en une masse homogène sont visibles vers le troisième mois.

Suivant Valentin, c'est à la huitième semaine qu'on aperçoit les premiers muscles de la vie de relation, les muscles des gouttières vertébrales (2).

La nutrition des muscles a lieu par l'intermédiaire du sang, auquel ces organes empruntent de la fibrine et de l'albumine.

Indépendamment de l'élément réparateur apporté par le sang dans les muscles, le système musculaire trouve dans l'exercice un élément d'accroissement très-marqué, surtout lorsqu'il s'agit de sujets encore dans leur période de croissance; et, comme preuve réciproque de ce mode d'accroissement, il suffit de songer que l'inaction et l'inanition sont deux causes d'amaigrissement des muscles. Cela ressort nettement des expériences de M. Chossat (3).

On trouve aussi que là où Valentin a vu des noyaux sur la

(1) *Gazette des hôpitaux,* 1860, p. 330.
(2) Müller, *Archives*, 1840, p. 198.
(3) Chossat, *Recherches sur l'inanition*. Paris, 1843.

membrane d'enveloppe des fibres primitives, il y a des cellules qui ne sont pas étrangères aux phénomènes de la nutrition; ce sont des cellules de tissu conjonctif en voie d'évolution, comme il en existe dans le tissu cellulaire. L'école micrographique allemande les accuse d'être des cellules proliférantes. La question, on le voit, n'est pas jugée.

La nutrition régulière des muscles enfin est liée, d'après les travaux des physiologistes modernes depuis Marshall Hall, à l'intégrité de la moelle.

L'anatomie pathologique nous apprend que l'élément musculaire subit des altérations qui lui sont propres, l'*atrophie*, la *transformation fibreuse*, la *substitution graisseuse* et la *dégénérescence cireuse*, qui, suivant Zenker (1), serait une diminution de la cohésion de la fibre musculaire qui se fragmente et finit par s'atrophier; c'est-à-dire, trois lésions ayant toutes un ou deux points communs, la disparition de la fibre musculaire et en même temps la conservation du sarcolème.

Ces quelques données anatomiques et physiologiques étaient nécessaires pour établir ce que sont les tumeurs des muscles.

Un élément anatomique spécial du tissu cellulaire et conjonctif formant une enveloppe au faisceau primitif d'un muscle et aux muscles des vaisseaux, telles sont les parties dont il convient d'étudier les maladies se traduisant par une tumeur. Déjà *à priori* nous pouvons dire que ce sont toutes les tumeurs qu'on rencontre dans le tissu cellulaire, — moins le lipome peut-être, — puisque l'élément anatomique musculaire est un composé spécial dont la seule lésion bien connue est l'atrophie.

Les tumeurs des muscles naissent aux dépens de leurs éléments conjonctifs, autour de leurs vaisseaux, et même aux dépens de leurs vaisseaux.

(1) Zenker, *Résumé*, in *Archives de méd.*, 1865.

# CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES TUMEURS DU MUSCLE

A proprement parler, certaines tumeurs de la langue, les hypertrophies du col de l'utérus, les corps fibreux de l'utérus, sont des tumeurs musculaires; on devrait encore compter parmi ces lésions, les hypertrophies des colonnes charnues de la vessie et du sphincter de la vessie, et certaines tumeurs hypertrophiques des couches musculeuses de l'intestin qui forment des tumeurs susceptibles d'oblitérer leur cavité.

D'un autre côté, pour être complet, il faudrait signaler les diverses lésions du cœur, telles que les abcès et les gommes du cœur, l'hypertrophie du cœur; mais cela n'aurait d'intérêt qu'au point de vue de l'anatomie pathologique.

Nous bornerons notre sujet, prenant surtout pour objet les maladies qui sont du ressort de la chirurgie. Nous nous occuperons des tumeurs des muscles de la vie de relation, accessibles aux moyens chirurgicaux ; nous réservant de chercher dans les faits qui sont du ressort de la médecine des points d'appui pour juger ceux qui rentrent dans le sujet tel que nous l'avons compris.

Les hypertrophies du col de l'utérus, les corps fibreux de cet organe, les hypertrophies de la vessie, sont mieux étudiés dans les livres qui traitent des maladies spéciales des organes génito-urinaires. Nous ne ferons que mentionner ces lésions dans leur rapport avec celles des autres muscles; mais la langue étant composée de muscles, nous aurons à étudier les tumeurs de ces muscles, comme les tumeurs des muscles de la cuisse ou du bras. Toutefois, hâtons-nous de le dire, ce ne sera qu'à un point de vue général.

Plusieurs classifications applicables aux tumeurs s'offrent à nous :

Si nous prenions ici pour guide la classification des productions accidentelles de M. Broca (1), nous aurions des

I. — Productions homœomorphes,

Subdivisées en :

1° — *Productions homœomorphes homologues, contenant* :

A. — Productions accidentelles formées par le développement hypertrophique des organes ou de leurs éléments.

B. — Productions homœomorphes homologues de formation nouvelle — simples ou composées.

2° — *Productions homœomorphes et hétérologues.*

II. — Productions hétéromorphes (toutes hétérologues).

III. — Productions amorphes.

IV. — Animaux parasites.

Mais cette classification n'embrasserait qu'une partie des tumeurs ; ni les abcès des muscles, ni les hernies musculaires, n'y prendraient place. Trouverons-nous mieux dans la classification de M. Virchow (2).

1° Tumeurs développées aux dépens des éléments du sang.

2° Tumeurs développées aux dépens des substances sécrétoires, tumeurs par dilatation ou par rétention.

3° Tumeurs dues à un développement par voie de prolifération des tissus : excroissances, pseudoplasme, tumeurs proliférantes, subdivisées, en tumeurs histioïdes (composées d'un tissu analogue à un tissu du corps), organoïdes (ressemblant à un organe), tératoïdes (inclusion fœtale, hétérotopie plastique de Lebert).

(1) Broca, *Traité des tumeurs.*

(2) Virchow, *Leçons sur les tumeurs*, leçon du 6 décembre 1862, ouvrage en cours de traduction. — Nous devons à l'extrême obligeance de M. G. Baillière la communication des feuilles déjà imprimées de cet ouvrage, traduit par M. Arronhson.

4° Tumeurs complexes, telles que les ectasies.

Cette division a le mérite ou l'inconvénient d'exclure les tumeurs produites par les vers parasites, et les tumeurs causées par des corps étrangers et les hernies.

La classification des tumeurs de M. Robin ne renferme pas les corps étrangers ni les hernies. Du reste, l'auteur a eu soin de dire qu'il appelait tumeurs, seulement les productions accidentelles persistantes caractérisées par une tuméfaction limitée.

Voici la classification du *Dictionnaire* dit *de Nysten*, 1855 :

1^re^ CLASSE. — TUMEURS HOMOEOMORPHES.

1^er^ ORDRE. — *Tumeurs homœomorphes solides.*

1^er^ GENRE. — *Tumeurs formées par du tissu lamineux*, quatorze espèces :

Tumeurs fibreuses. — Tumeur fibro-plastique. — Tumeur à myéloplaxe. — Tumeur à cytoblastion. — Tumeur à myélocytes. — Tumeur dermique. — Tumeur adipeuse. — Enchondrome. — Tumeur osseuse. — Tumeur hypertrophique glandulaire. — Tumeurs glandulaires condensantes. — Tumeur glandulaire colloïde. — Tumeur érectile. — Tumeurs parasitiques, dites par inclusion embryonnaire.

2^e^ GENRE. — *Tumeurs formées par les produits*, sept espèces :

Épithélioma. — Tumeurs cornées. — Tumeurs pigmentaires, mélanose. — Exostoses dentaires. — Tumeurs tophacées. — Tumeurs calcaires intra-glandulaires. — Tumeurs formées par les produits de conception altérée.

2^e^ ORDRE. — *Tumeurs homœomorphes fluides.*

1^er^ GENRE. — *Tumeurs formées par les humeurs constituantes*, trois espèces :

Anévrysmes. — Tumeurs hématiques. — Tumeurs gazeuses.

2ᵉ GENRE. — *Tumeurs formées par les produits liquides ou kystes*, six espèces :

Kystes glandulaires. — Kystes des conduits excréteurs. — Kystes des parenchymes non glandulaires (ovaire, poumon, rein, testicule). — Kystes synoviaux. — Kystes des bourses synoviales accidentelles. — Kystes du tissu cellulaire. — Kystes congénitaux du cou.

2ᵉ CLASSE. — TUMEURS HÉTÉROMORPHES.

1ᵉʳ ORDRE. — *Tumeurs hétéromorphes solides.*

Tubercule. — Matière typhique. — Thnétoblaste (cancer). — Tumeurs hétéradéniques.

2ᵉ ORDRE. — *Tumeurs hétéromorphes liquides*, deux espèces :

Tumeurs purulentes (abcès, anthrax, furoncle). — Tumeurs parasitiques (hydatides, etc.).

Il suffira, nous le pensons, de lire ces classifications pour juger des difficultés qu'il y aurait à les suivre. On se convaincra aussi, nous en sommes persuadé, de l'insuffisance actuelle des divisions et classifications des tumeurs. Il en est de la synthèse des tumeurs comme de la philosophie, elles ne peuvent être encore constituées ni l'une ni l'autre; nous ne connaissons pas plus toutes les tumeurs dans leurs relations intimes avec l'organisation humaine, que nos philosophes possèdent toutes les manifestations de la pensée, et toutes les lois morales et économiques. Passons donc outre, en attendant le moment des classifications justes.

Dans plusieurs thèses et mémoires, pour le besoin d'une description des tumeurs d'une région, les auteurs se sont bornés à diviser les tumeurs en solides et liquides, d'autres les ont divisées en tumeurs bénignes et malignes, et cela leur suffisait. Nous prendrons un ordre un peu différent, et nous suivrons, pour classer les tumeurs des muscles, des analogies d'origine

de la lésion apparente, sans préjuger leur essence intime.

Étant admis alors, qu'une tumeur d'un organe est un accroissement de volume d'une partie, une saillie anormale d'un organe (Broca), on peut admettre cinq groupes de tumeurs de muscles :

1° Les tumeurs inflammatoires;

2° Les tumeurs sanguines hématiques, ou hématomes (Virchow);

3° Les tumeurs causées par un vice de nutrition;

4° Les tumeurs parasitaires;

5° Les tumeurs causées par des corps étrangers.

Nous ajouterons un sixième groupe :

Les tumeurs causées par un déplacement de tout ou d'une portion des muscles, c'est-à-dire les hernies musculaires.

Nous pourrions rattacher encore aux tumeurs des muscles, celles qui, après avoir pris naissance hors de la gaîne des muscles, envahissent le muscle; mais cette manière d'envisager la question nous entraînerait trop loin. A propos de la langue en particulier, nous signalerons pour mémoire ici à l'avance, les kystes séreux qui se forment dans les glandules de la muqueuse linguale et qui se développent assez rarement entre les couches musculaires de la langue. Ce sont là, si nous pouvons nous servir d'une subtile distinction grammaticale, des *tumeurs dans les muscles*, plutôt que des tumeurs *des muscles*.

Nous éliminons aussi tout ce qui a trait aux tumeurs des coulisses tendineuses, telles que kystes synoviaux et inflammation chronique des gaînes des tendons. Quoique liés intimement à l'intégrité des gaînes synoviales, les tendons échappent cependant à l'envahissement de telles lésions, et nous avons trouvé dans ce fait un motif d'exclusion de ces tumeurs.

Les tumeurs des muscles ont un caractère général qui domine toute leur histoire : outre qu'elles affectent toujours un siége en rapport avec la direction ou la forme d'un muscle, elles se présentent avec un caractère type qui n'a pas échappé à Dupuytren, Warren, MM. Nélaton et Denonvilliers.

S'il s'agit en effet d'une tumeur située dans un muscle du membre, elle accompagne, ont dit ces auteurs, le muscle dans ses mouvements. Warren jugeait excellent le signe suivant : lorsque les muscles sont mis dans le relâchement, la tumeur est très-mobile dans le sens latéral; dans l'état d'extension, elle reste fixe et dure.

Voici ce qu'ont dit A. Bérard et M. le professeur Denonvilliers : « On reconnaît qu'une tumeur est liée à un muscle par les variations de mobilité et d'immobilité qu'elle présente selon que les fibres charnues qui l'emprisonnent sont dans le relâchement ou dans un état de contraction qui les rend tout à fait fixes et rigides. On peut même s'assurer que la tumeur n'est pas seulement adhérente au muscle, mais qu'elle se trouve placée dans son épaisseur, lorsque sa surface, facile à explorer, pendant l'état de repos, disparaît tout à coup et semble se cacher derrière des bandes résistantes quand le muscle entre en contraction. »

La connaissance de l'anatomie des régions, aujourd'hui bien approfondie, permet de connaître exactement la direction des muscles et leur mode de contraction. Cette manière d'explorer est donc toujours possible aux membres, surtout pour les muscles superficiels.

Lorsqu'une tumeur siége dans une masse musculaire, comme la masse des muscles sacro-lombaires, les explorations de cette nature ne donnent pas des résultats précis. La percussion, la palpation méthodique, peuvent indiquer la profondeur à laquelle siége la tumeur, ses rapports avec les parties voisines ; et c'est ce qu'a établi M. le professeur Nélaton en diagnostiquant un kyste hydatique dans les muscles de la région lombaire.

Ce point de sémiologie générale des tumeurs des muscles admis, il resterait à faire un diagnostic différentiel général, mais une telle étude ne prête pas aux généralités.

En fait de pronostic général, il n'y a rien de spécial à mentionner, si ce n'est que la suppuration de tout un muscle est très-grave et que les lésions musculaires mènent parfois à l'atrophie du muscle.

Les différents traitements qui ont été faits pour des tumeurs des muscles sont : l'incision et l'excision des abcès et kystes ; l'ablation des tumeurs de mauvaise nature, et enfin un traitement général propre à modifier une diathèse telle que la syphilis.

Le traitement chirurgical seul prête à des considérations un peu générales.

L'ouverture de la gaîne d'un muscle, les manœuvres et les injections irritantes dans une cavité accidentelle et le tissu musculaire ont pu être innocentés dans beaucoup de cas ; rien ne les contre-indique donc. L'ablation et la cautérisation d'une portion d'un muscle n'ont pas une gravité très-grande, puisqu'elles ont été faites avec succès, même pour des tumeurs un peu étendues ; elles sont donc autorisées.

## TUMEURS INFLAMMATOIRES DES MUSCLES

### ABCÈS DES MUSCLES.

Les tumeurs inflammatoires des muscles sont les abcès. Nous ne comprenons pas les myosites simples caractérisées par une induration de tout un muscle sans augmentation de son volume, c'est-à-dire les engorgements inflammatoires et les indurations consécutives aux inflammations, deux états successifs de l'inflammation musculaire hors l'état de suppuration. Nous ne comprenons pas les inflammations de la langue, ou glossite parenchymateuse, et la métrite avec engorgement du col, qui rentrent dans des sujets spéciaux.

Les abcès des muscles sont des abcès chauds ou phlegmoneux. Des abcès froids chroniques et des abcès métastatiques,

les deux premiers genres de collection purulente sont les seuls qui constituent véritablement une tumeur. Il a été observé des abcès par congestion dans le psoas ; c'étaient là des tumeurs musculaires, mais elles ne présentaient rien d'absolument différent des abcès par congestion. Il y a dans ces cas un os malade qui est douloureux et une tumeur qui tend à proéminer à l'intérieur, caractères inflammatoires, et lorsqu'une poche purulente suit un muscle, elle n'a d'autres caractères que d'affecter une direction spéciale.

ABCÈS AIGUS OU PHLEGMONEUX DES MUSCLES (ABCÈS CHAUDS).

Les abcès chauds ou phlegmoneux des muscles, connus depuis de Lamotte, observés d'abord exclusivement dans le psoas, ont été vus ensuite à la suite de rhumatismes musculaires dans différents muscles. Bérard, en particulier (1), a dit avoir ouvert des abcès situés dans des muscles atteints de douleurs rhumatismales.

Depuis, des observations ont été publiées par Vallerand de la Fosse (2), Dionis des Carrières (3), Schnepf (4). Elles avaient trait à la myosite, mais l'abcès musculaire y est très-douteux, ce sont là surtout deux observations de Latour (5) qui ont le plus de signification. Un malade atteint de tubercules et de rhumatisme avait une tumeur de l'avant-bras gauche qui reconnaissait pour cause la présence de pus séreux trouvé à l'autopsie dans les muscles radiaux externes. Ce malade, d'ailleurs, présentait un autre intérêt : il était tuberculeux et avait du pus tuberculeux dans le deltoïde.

La seconde observation de Latour apprend que, à la suite de l'inflammation d'une saignée, on a trouvé des petits foyers purulents dans les muscles « sterno-mastoïdien, sterno-huméral,

(1) A. Bérard, *Dictionnaire* en 30 volumes, art. ABCÈS.
(2) Vallerand de la Fosse, *Du rhumatisme*, thèse de Paris, 1815.
(3) Dionis des Carrières, thèse inaugurale, 1851.
(4) Schnepf, *De l'utilité de spréparations mercurielles dans la myosite* (*Monit. des hôpit.*, 1856, p. 179).
(5) Latour, *Essai sur le rhumatisme*, thèse, Paris, 1803, p. 102 et 105.

grand fessier, deltoïde, trapèze sus- et sous-épineux, petit et grand rond, biceps, etc. » L'observation est très-brève, et nous verrions volontiers dans ce cas un exemple d'abcès métastatiques.

Gendrin (1) a vu chez une malade atteinte de rhumatisme articulaire général, morte au trente-cinquième jour, un foyer purulent dans le droit antérieur de la cuisse, et des fusées purulentes dans le psoas.

Pendant les années qui se sont écoulées depuis le mémoire de Gendrin, il y a eu des opinions diverses qui se sont produites.

M. le professeur Velpeau disait, dans une leçon sur la myosite, en 1853 (2) :

« Tandis qu'il suffit de trois ou quatre jours pour que le phlegmon produise du pus, on peut espérer éviter la suppuration dix et même quinze jours après le début de la myosite. » Ce qui revenait à prouver que la suppuration des muscles était chose plus rare que la suppuration du tissu cellulaire.

En même temps, et comme pour montrer que les muscles étaient aptes à suppurer, des observations d'abcès de la langue avaient été consignées dans les recueils périodiques.

Troeschel, en 1839, avait ouvert chez un malade, buveur d'habitude, un abcès à la base de la langue, et avait donné issue à du pus fétide (3).

M. Amstein, de Mézières (4), publiait deux observations d'abcès aigus de la langue.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme malade depuis dix jours, qui était atteint de fièvre et avait une suffocation croissante, une tumeur bosselée fluctuante profondément existait sur la moitié postérieure de la langue, une incision a été faite et a donné issue à du pus bien lié ayant une mauvaise odeur.

La seconde observation a trait à une femme jeune qui, après deux jours de fièvre et de douleurs, s'est présentée à M. Amstein

(1) Gendrin, *Histoire anatomique des inflammations*, t. II, 1826.
(2) Velpeau, *Gazette des hôpitaux*, 1853, p. 600.
(3) Troeschel, *Gazette des hôpitaux*, 1839, p. 71.
(4) Amstein, *Gazette des hôpitaux*, 1839, p. 99.

avec une tumeur fluctuante occupant les deux tiers postérieurs de la langue. Cette tumeur a été ouverte et a donné issue à du pus bien lié.

Ces deux dernières observations surtout sont bien des abcès chauds. Ces faits, joints à celui de Dupuytren, qui est cité dans le *Compendium* (1), à ceux rassemblés par M. Maisonneuve (2), indiquent bien la réalité de la suppuration et des abcès des muscles.

Bird (3) a vu chez une femme non tuberculeuse un abcès chaud du fond de l'utérus ouvert dans le rectum. M. Nélaton a signalé dans ses cliniques une variété d'abcès du col utérin, dont il disait avoir observé plusieurs exemples. Enfin, les livres de médecine, les *Bulletins de la Société anatomique* et les livres de médecine étrangers ont enregistré des faits d'abcès des parois du cœur.

M. Denonvilliers a parlé des abcès des muscles en ces termes; il dit :

« Les abcès des muscles sont fort rares. Les abcès métastatiques se creusent quelquefois une cavité aux dépens du tissu charnu lui-même. C'est à tort que l'on a qualifié d'abcès des muscles ces collections purulentes volumineuses que le rhumatisme entraîne à sa suite; car elles siégent dans le tissu cellulaire (4). »

Il y a, en effet, il faut le dire, pour les abcès des muscles, de nombreuses causes d'erreurs, et nous ne voudrions pas affirmer que toutes les observations aient bien trait à des abcès des muscles. Hacon, entre autres (5), a parlé d'un abcès du muscle grand pectoral « qui était étendu au diaphragme par l'intermédiaire des muscles intercostaux, le malade était mort après dix jours de fièvre, après avoir éprouvé des douleurs vives dans l'hypochondre droit. Plusieurs observations du mémoire de Fischer ont trait à des faits d'abcès situés entre les couches

(1) Denonvilliers et Gosselin, *Compendium*, t. III, p. 701.
(2) Maisonneuve, *Thèse de concours de clinique chirurgicale*, 1848.
(3) Bird, *Gazette des hôpitaux*, 1845, p. 48.
(4) *Dictionnaire encyclopédique*, 1864, art. Abcès.
(5) Hacon, *Pathological Transactions*, vol. V, p. 329.

musculaires, et non dans les muscles. Il ne faudrait pas chercher beaucoup pour trouver un grand nombre d'observations semblables (1).

Les abcès peuvent être le résultat d'un exercice forcé. La médecine vétérinaire nous apprend que l'on rencontre des abcès des muscles fessiers chez les bœufs surmenés. Ils peuvent être le résultat d'un rhumatisme; ils naissent après une plaie musculaire, après une fusée purulente dans la gaîne des muscles ou une déchirure d'un muscle. C'est ce qui se voit fréquemment à la suite de panaris du pouce, après des phlegmons profonds des membres, consécutifs à des plaies. Mais ces abcès sont situés dans la gaîne des muscles, et ne sont pas des abcès véritablement musculaires. Nous avons rapporté un exemple d'abcès profond des muscles, suite de contusion musculaire (2).

La myosite a donné assez souvent naissance à des abcès des muscles. Quelle que soit l'opinion que l'on doive garder du mode d'inflammation des muscles, ce n'est pas moins un fait évident que des abcès ont suivi un état inflammatoire du muscle.

Bichat, et surtout M. Gendrin, ont bien expliqué le mode de la suppuration dans les muscles.

Voici ce que disait M. Gendrin en 1826 (3) :

« La suppuration s'établit de deux manières, suivant que l'inflammation s'est développée avec une rapidité modérée ou qu'elle est très-violente. Dans le premier cas, il y a disparition de la fibre musculaire, qui se trouve convertie en un tissu cellulaire dense, homogène, induré, ce qui se remarque à l'extrémité des fragments de muscles rompus autour des fractures. Dans l'inflammation violente, la formation du pus a lieu avant que le tissu musculaire soit modifié. »

Comme il y a peu de distance, en dehors des détails microscopiques, entre ces lignes et ce passage, qui exprime les idées allemandes !

(1) Fischer, *De la myosite* (*Union médicale de la Gironde*, 1859).
(2) *Traité de l'érysipèle*, p. 81.
(3) Gendrin, *loc. cit.*

Il y a deux sortes d'exsudations dans le pérymisim des muscles enflammés :

1° Une exsudation albumineuse formant des foyers purulents et détruisant peu à peu les fibrilles élémentaires du muscle ;

2° Une exsudation fibreuse se déposant sous forme de gelée grisâtre, dépourvue de vaisseaux, infiltrant les faisceaux musculaires et constituant des espèces de calus qui donnent la sensation ligneuse : si cette matière s'organise, la résorption a lieu ; dans le cas contraire, la suppuration est inévitable (1).

Virchow, O. Weber, qui a reproduit la doctrine de Virchow, ont tenu un langage peu différent.

Voici leur doctrine :

« Les fibres musculaires ne sont pas malades primitivement ; si un exsudat rougeâtre les baigne, les fibres deviennent friables. Le muscle adhère à la gaîne celluleuse ; si l'inflammation marche vite, le pus reste disséminé, infiltré entre les fibres du muscle. Il y a, au contraire, des foyers quand la suppuration s'est faite lentement (2). »

Friedberg a étudié surtout les premiers phénomènes de l'inflammation, et nous n'avons pas à nous occuper ici de l'inflammation simple des muscles, dont les premières phases ne se traduisent jamais par une tumeur.

A côté des abcès chauds ou aigus des muscles, il faut placer ici les abcès rapidement développés chez des malades convalescents de fièvres graves, et chez lesquels les muscles suppurent, sans doute en vertu d'une prédisposition locale, l'état asphyxique des muscles ou le ramollissement des muscles, ou de l'apoplexie musculaire, dont M. le professeur Cruveilhier (3) a fourni un

(1) Engel, voy. Fischer, *De la myosite*. Paris, 1859, p. 17.

(2) O. Weber, *Zur Entwicklungsgeschichte des Eiters* (*Virchow Arch.*, 1858, Band XV, S 465).

(3) Cruveilhier, XVII[e] livre, pl. 3, fig. 1. — A cette occasion, le professeur parle d'un malade chez lequel il aurait soupçonné une tumeur du muscle pectoral qui était un épanchement sanguin apoplectique.

si bel exemple emprunté à Rousset et qui a été recueilli chez un malade qui a succombé à un érysipèle présentant des foyers apoplectiques dans le muscle grand pectoral.

Un des premiers faits qui se soient produits à cet égard est une observation de M. Champouillon, professeur au Val-de-Grâce, publiée dans la *Gazette des hôpitaux* (1). Voici un résumé de l'observation :

« Un malade convalescent de fièvre typhoïde est atteint d'une otite externe qui guérit. Quelques jours après la guérison de l'otite, le 25 novembre, il y a des douleurs dans les deux avant-bras, les muscles droits de l'abdomen sont douloureux et tendus.

» Le 5 décembre, une tumeur fluctuante existe au poignet ; le 7, les deux cuisses se tuméfient, des douleurs musculaires très-vives existent ; les membres sont immobiles. Puis les parties se tuméfient et sont fluctuantes. Le 15, ouverture de la cuisse droite, issue de pus mêlé à des débris de fibres musculaires ; le 20, ouverture à la cuisse gauche ; le 21, ouverture au bras. Le 26, le malade succombe.

» A l'autopsie, entre autres lésions, on a trouvé des foyers purulents dans les fléchisseurs des doigts ; à la cuisse gauche, un abcès circonscrit a détruit toute la portion charnue du triceps.

» Le psoas gauche est converti en un pus livide et grumeleux, bien circonscrit dans la gaîne du psoas, qui communiquait avec un foyer purulent de la cuisse, en passant sous l'arcade crurale. »

Nous citerons encore une excellente observation de M. Dauvé :

Lecouillard, âgé de vingt-trois ans, soldat au 34e de ligne, entre à l'hôpital de Boghar, le 31 décembre, évacué du camp d'Aïn-Ounéra. Ce malade, arrivé depuis deux mois en Algérie, en est au huitième jour d'une fièvre typhoïde à forme adynamique.

La maladie suit son cours habituel jusqu'au 15 janvier. Un peu de mieux se fait alors sentir ; la fièvre tombe, la langue devient humide, la surdité disparaît, et le malade demande quelques pruneaux. Le mieux cesse le 17 : des vomissements verdâtres surviennent, le pouls monte à 120. Le malade ne cesse de se plaindre. Le 18, même état. Lecouillard porte la main à la

(1) Champouillon, *Gazette des hopitaux*, 1848, p. 43.

cuisse et accuse de la douleur dans cette région. Le lendemain, je constate un gonflement énorme de toute la moitié supérieure et interne de la cuisse droite. Il y a de l'empâtement ; vers la partie moyenne, je perçois un peu de fluctuation profonde. Pas de changement de couleur à la peau, pas de chaleur. Je ne constate aucun des signes d'une tumeur anévrysmale. Le développement rapide, la douleur à la pression, la sensation de fluctuation profonde, ne me laissent aucun doute sur l'existence d'un abcès profond. La fluctuation étant surtout sensible à la partie moyenne de la cuisse, je fais une large incision parallèle à la direction des vaisseaux fémoraux, et à 2 centimètres en dehors. J'ouvre l'aponévrose fémorale; je tombe sur le droit antérieur que je sépare du couturier, avec le doigt et la sonde cannelée. Le doigt introduit entre ces deux muscles sent une fluctuation évidente sous l'aponévrose du vaste interne. J'incise cette aponévrose sur la sonde cannelée. Aussitôt il sort un jet de liquide brun noirâtre mélangé de sanie purulente et de caillots noirs énormes. On peut évaluer à un litre la quantité de bouillie qui s'échappe par la plaie. Le malade éprouve du soulagement. Il prend du bouillon et du lait avec plaisir. A la visite du lendemain, le pouls est misérable, les vomissements verdâtres reviennent fréquemment; la raison est intacte, le malade veut boire un peu de lait, et meurt subitement.

A l'autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort, on trouve dans la dernière portion de l'intestin grêle les lésions spéciales à la fièvre typhoïde.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Les poumons et le cœur n'offrent rien d'insolite. Un caillot fibrineux décoloré bouche l'artère pulmonaire. La rate a doublé de volume, le foie est énorme.

J'agrandis l'incision faite à la partie moyenne de la cuisse, et je dissèque les muscles de la région antérieure. Après avoir écarté en dehors le droit antérieur et le vaste externe, en dedans le couturier, j'ouvre largement la loge du vaste interne, et je tombe dans un vaste foyer qui ne contient plus qu'un peu de sanie purulente semblable à de la chair lavée. Les parois de ce foyer, qui a le volume du poing, sont formées par la cloison aponévrotique du vaste interne, cloison qui adhère intimement aux loges du couturier, des deux premiers adducteurs, du droit antérieur et du vaste externe. Le fémur n'est recouvert que par un peu de bouillie noirâtre, derniers vestiges des fibres musculaires suppurées. L'inflammation musculaire ne s'étend pas à plus de 2 centimètres en bas; mais elle occupe toute la portion supérieure du muscle malade. On trouve là tous les degrés de la myosite : hypérémie du tissu cellulaire intra-fibrillaire, décoloration et friabilité des fibres musculaires entourées d'un exsudat rouge sombre; vaisseaux sanguins rompus, foyers hémorrhagiques, caillots noirâtres, mous et défibrinés ; pus jaune rougeâtre, tantôt disséminé, tantôt réuni en petits abcès. On ne rencontre nulle part le pus jaune et bien lié des suppurations du tissu cellulaire; les points jaunâtres qui ne sont pas encore liquéfiés représentent les diverses transformations de la dégénérescence graisseuse des fibres musculaires. La lésion cesse un peu au-dessous du niveau du grand trochanter (1).

(1) Dauve, *Recueil de mém. de méd. et de chir. militaires*, avril 1865.

Les abcès qui se développent dans les muscles sont quelquefois bien limités, mais ils sont le plus souvent séparés en plusieurs foyers, ainsi que l'a vu Latour (1). Ces petits abcès des muscles ne se révèlent que par l'œdème de la région, sans changement de couleur à la peau. Dans l'observation de M. Gendrin, une douleur intolérable avait pu seule faire supposer un abcès un peu volumineux, mais qui ne se traduisait pas à l'extérieur par une tumeur. Mais lorsqu'il s'agit d'une myosite franche, terminée par un abcès, la peau devient œdémateuse, puis s'amincit et rougit; et dans ces conditions, l'abcès du muscle se reconnaît à la forme de la tuméfaction, qui se rapproche de celle d'un muscle ou suit la direction du muscle. En même temps la fièvre est plus marquée.

Du reste, en général, comme dans la myosite, le caractère diagnostique essentiel est la dureté ligneuse du muscle. Toutes les fois que l'on trouvera sur le trajet d'un muscle un point fluctuant entouré d'une dureté ligneuse, il y aura presque certitude que l'abcès est dans le muscle.

Les abcès des muscles, ou mieux les abcès dans les gaînes des muscles, comme ceux de l'avant-bras, se révèlent par une tuméfaction du membre et surtout par une rougeur allongée, correspondant au trajet d'un muscle.

Enfin, lorsqu'un abcès profond est ouvert, l'introduction des doigts dans la cavité de l'abcès peut donner des renseignements.

La constatation de fibres musculaires dans le pus examiné au microscope, serait encore un indice. Nous ne voudrions pas toutefois attacher à cette constatation une importance aussi grande que M. Michel (de Strasbourg) qui a diagnostiqué un abcès musculaire des parois abdominales, en trouvant des fibres musculaires altérées dans le pus (1) : le pus d'un abcès intermusculaire, qui a décollé les muscles et causé leur mortification, peut contenir aussi des fibres musculaires altérées.

Le pronostic des abcès chauds des muscles est grave si l'abcès est lié à un état général mauvais; s'il s'agit d'abcès chauds dé-

(1) Michel, *Du microscope comme moyen de diagnostic* (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1859, p. 147).

veloppés dans la convalescence de maladies graves, comme dans les faits que nous avons rapportés, il est subordonné à l'étendue et au nombre des abcès.

En général, un abcès qui occupe toute la gaîne d'un muscle est très-grave; jusqu'ici la mort a suivi cette lésion.

Il y a des abcès limités qui ont pu guérir, témoin les abcès de la langue; mais à un autre point de vue, les abcès et les inflammations des muscles mènent à la dégénérescence dite séreuse des muscles et à l'atrophie.

Le traitement des abcès aigus chauds phlegmoneux des muscles est l'incision et l'excision prématurée; il serait aussi bon de passer un tube à drainage pour évacuer le pus d'une façon continue, ainsi que le propose M. Chassaignac (1); les injections iodées sont recommandables. Si le pus avait une mauvaise odeur, on emploierait des désinfectants, la solution de permanganate de potasse, etc. Des observations publiées jusqu'ici, il n'y a aucune indication spéciale à tirer. Seulement on peut se demander s'il n'y aurait pas eu avantage à pratiquer l'incision plus tôt qu'elle n'a été faite.

On traitera en même temps l'état général des malades, on soutiendra par des préparations toniques les malades affaiblis; on se comportera en général comme dans toutes les conditions de suppuration; on veillera à ce que les malades se nourrissent et ne soient pas infectés.

### ABCÈS CHRONIQUES DES MUSCLES, ABCÈS FROIDS.

Y a-t-il des abcès froids des muscles? ou bien les abcès froids ne sont-ils que des abcès gommeux ou des abcès tuberculeux? Il est difficile de juger la question avec le peu de faits que nous possédons.

Les livres modernes renferment une mention d'une phrase de Linhart dans un mémoire allemand sur la doctrine des abcès froids. Cet auteur a décrit des abcès qui succèdent à la réunion de petits foyers purulents. Leur cavité serait tapissée par une

(1) Chassaignac, *Traité de la suppuration*, t. II, p. 552.

membrane pyogénique bien organisée; la substance musculaire serait dégénérée. Une sorte de cal cellulo-fibreux viendrait combler la perte de substance et remplacer le tissu musculaire. Ces assertions datent de 1859 (1).

Voici ce que pense Linhart :

Il dit avoir vu un certain nombre d'abcès idiopathiques froids qui se développent sans phénomènes inflammatoires, et qui peuvent se propager aux os s'ils sont développés dans le voisinage de l'insertion d'un muscle. Ces abcès naissent assez rapidement. Le pus se forme entre les muscles et entre les fibres musculaires. De la réunion de plusieurs petits foyers, il résulte quelquefois un foyer plus grand; le tissu environnant s'épaissit rarement.

Ces abcès froids des muscles existent surtout au thorax; ils se présentent de préférence sur les sujets scrofuleux, de seize à cinquante ans.

Cette description, si elle comprend véritablement quelques abcès des muscles, comprend aussi d'autres abcès.

Mais, avant cet auteur, A. Bérard et M. Denonvilliers avaient vu de ces tumeurs (2). Le premier auteur disait en avoir observé dans le biceps brachial et dans les radiaux externes et le long supinateur.

M. le professeur Denonvilliers a été consulté pour une jeune malade de vingt ans, qui avait une tumeur développée dans le biceps brachial à sa partie moyenne.

Voici ce fait :

« Une jeune fille de vingt ans environ, grande, brune, bien constituée, avait une tumeur développée dans le muscle biceps à sa partie moyenne. Cette tumeur était dure, inégale, et des élancements s'y faisaient parfois sentir. Elle avait résisté à l'em-

(1) Linhart, *Beitrag zur Lehre von den kalten Abcessen. Œster. Zeitschrift pract. Heilkund.* V. Jahrgang. 1859.

(2) Bérard et Denonvilliers, *Compendium de chir.*, 1846, t. II, p. 203.

ploi des résolutifs. Nous pensâmes, avec M. Villeneuve, qu'il convenait d'en faire l'ablation. Une incision verticale fut pratiquée sur le bras; la peau, la couche graisseuse sous-cutanée, l'aponévrose d'enveloppe furent successivement divisées, ainsi que la couche superficielle du muscle biceps. Les bords de la plaie écartés et la surface extérieure de la tumeur à découvert, je m'apprêtais à l'isoler pour la mieux soulever; je la saisis avec une érigne, mais à peine les dents de la pince eurent-elles pénétré dans son épaisseur, qu'il s'écoula un liquide purulent le long des crochets. Je reconnus dès lors ma méprise; je fendis la poche de haut en bas et je tombai dans un foyer purulent. Les parois de l'abcès avait une grande épaisseur; elles étaient dures et anfractueuses.... »

M. Denonvilliers a observé un second cas, où, malgré la dureté d'une tumeur située dans le biceps, il a diagnostiqué un foyer purulent.

M. Fischer a rapporté deux extraits d'observations d'abcès de ce genre (1), dont une recueillie dans le service de M. Velpeau. Une femme de ménage, âgée de cinquante et un ans, d'une bonne santé habituelle, d'un tempérament lymphatique, a éprouvé, après avoir scié du bois, une douleur à la partie antérieure du bras. Une tumeur s'est développée en ce point et a augmenté graduellement. A l'entrée de la malade à l'hôpital, six semaines après le début de son mal, il y avait une tumeur du volume du pouce qui semblait mobile dans le corps du biceps; il n'y avait pas de changement de coloration à la peau; la fluctuation était évidente par les pressions latérales, quand le muscle était dans le relâchement; quand il était dans la contraction, on croyait avoir affaire à une tumeur solide. Sept jours après l'entrée de la malade, incision; issue de pus jaune verdâtre, fluide; pas d'os à nu. La suppuration a duré près de trois mois, malgré des injections répétées tous les jours.

Si cette observation peut être discutée, c'est au point de vue seulement de l'hypothèse d'une gomme suppurée du muscle biceps.

(1) Fischer, *loc. cit.*, p. 15.

Une seconde observation a été recueillie dans le service de M. professeur Gosselin (1).

Il est question d'une tumeur existant sur un sujet de quinze ans, ovoïde, *contenue dans le biceps*. Située près du pli du coude, fluctuante et se tendant par la contraction du muscle biceps, cette tumeur était apparue, au dire du malade, depuis quelques mois, et l'enfant n'en avait jamais souffert. Une incision avait donné issue à du pus bien lié. Des injections iodées ont été faites. Cette observation a été remise à M. Fischer par M. Ferrand; elle ne nous paraît pas à l'abri des contestations. Du reste, les deux derniers faits ne se rapprochent que de très-loin des deux observations consignées dans le *Compendium de chirurgie.*

Le kyste auquel fait allusion M. Tantum (2) nous paraîtrait pouvoir être rapporté aux abcès froids.

Voici la citation :

Kyste occupant le biceps brachial chez une femme de vingt ans; tumeur dure et très-sensible; mobile lors du relâchement, immobile lors de la contraction du muscle; volume d'une noix. Incision à travers ce muscle. La tumeur avait l'aspect d'une tumeur fibreuse; après la ponction, il est sorti une substance gélatiniforme et un peu de pus. La surface extérieure se confondait à tel point avec le tissu musculaire voisin, que M. Tantum se contenta d'inciser la paroi antérieure et de racler la cavité, qui fut remplie de charpie et pansée.

Ce fait nous a semblé calqué sur l'observation d'abcès froids publiée dans le *Compendium de chirurgie*, et que nous avons rapportée plus haut; la désignation du contenu du liquide est la seule différence.

Les auteurs du *Compendium* ont ainsi exposé les symptômes de la lésion.

Ces tumeurs s'accroissent lentement, sans changement de

(1) Fischer, *loc. cit.* p. 16.
(2) Holmes Cootes, *System of Surgery*, p. 539.

couleur à la peau, sans douleur vive, sans gêne notable des mouvements du muscle affecté. Quelquefois on observe des douleurs lancinantes spontanées ou renouvelées par les contractions musculaires. Le volume des tumeurs n'est pas très-considérable; il ne dépassait pas celui d'une noix dans les deux cas cités.

M. Denonvilliers a donné les moyens du diagnostic de ces tumeurs. Outre la mobilité ou la fixité de la tumeur pendant le relâchement et la contraction des muscles, il y a un élément de diagnostic dans l'enfoncement de la tumeur pendant une contraction. Si la tumeur semble se cacher derrière des bandes résistantes, elle doit être située dans ce muscle.

Le pronostic des abcès n'est pas plus grave que celui des autres abcès. S'il y a de la fluctuation, le diagnostic d'abcès doit être fait, car les autres tumeurs des muscles sont en général dures (voy. plus loin *Tumeurs hydatiques*). Au reste, il y a trop peu de faits pour généraliser ce qui peut caractériser ces lésions.

Pour ce qui est du traitement, la conduite à tenir est indiquée par les deux observations citées.

Voici ce qui a été fait dans le premier cas, où la tumeur, paraissant presque solide, avait été mise à nu pour être énuclée.

« La paroi antérieure du kyste fut seule enlevée : le fond fut bourré de charpie, la plaie suivit la marche ordinaire des solutions de continuité qui suppurent, et s'est cicatrisée lentement, après avoir exigé plusieurs cautérisations avec la pierre infernale. »

Dans le second cas, une simple incision a été pratiquée.

Linhart propose les traitements suivants : si l'abcès est petit, il faut attendre; s'il augmente, on y passera un séton filiforme, d'après le procédé de M. Bonnafond.

Si l'abcès est plus gros, on passera un tube à drainage suivant la méthode de M. Chassaignac; enfin, si l'abcès est très-volumineux, on fera des ponctions répétées avec le bistouri.

L'auteur allemand recommande d'ailleurs le régime tonique,

et l'huile de foie de morue. A ce traitement local, on peut toujours, avec profit, joindre les injections iodées, répétées dans le foyer en suppuration.

Tout le traitement général des diathèses scrofuleuses et des maladies chirurgicales à suppurations prolongées, tel que les amers, l'iodure de fer et les toniques, le séjour aux stations de bains de mer et aux eaux minérales ferrugineuses et sulfureuses, est d'ailleurs indiqué.

### ABCÈS TUBERCULEUX.

Il y a au moins un exemple d'abcès tuberculeux. On le trouve dans un fait de Latour, d'Orléans (voy. plus haut, p. 18), l'abcès du deltoïde semble être un abcès tuberculeux.

Cet abcès ne formait pas de tumeur, et il n'y a pas lieu de nous y arrêter ici (voy. plus loin *Tubercules des muscles*). Bayle (1) a vu un abcès du sterno-mastoïdien, suite de tubercules des ganglions.

### ABCÈS MORVEUX ET FARCINEUX.

Les chapitres de pathologie médicale renferment un assez bon nombre de relations de cas de morve compliquée d'abcès musculaires ; ces collections existent dans la dernière période de la maladie infectieuse. On les méconnaît souvent, parce qu'ils existent à côté d'abcès des espaces intermusculaires; ils ne prêtent à aucune considération spéciale. Ce que nous avons dit des abcès chauds dans les fièvres graves, s'appliquerait aux abcès musculaires dans le cas de morve à marche lente (2).

Les abcès morveux ont le volume d'une noix (Vigla) (3), d'un petit œuf (Saussier) (4) ; ce dernier auteur a vu des abcès au centre des tendons.

(1) Bayle, *Journal de médecine*, t. X, p. 51.

(2) Gleisberg a cherché à établir que le liquide des collections morveuses des muscles était constitué par la réunion des granulations ramollies et contenant des noyaux analogues aux cyloblastions décrits par M. Robin. — Voy. *Lerhbuch der Vergleichenden Path.*, 1865, p. 122.

(3) Vigla, *Thèse de Paris*, 1839.

(4) Saussier, *Journal l'Expérience*, t. V, p. 376.

ABCÈS MÉTASTATIQUES.

Les abcès métastatiques des muscles sont bien connus, les abcès métastatiques des muscles de la vie de relation comme les abcès métastatiques du cœur.

On les a observés dans la fièvre puerpérale, la péritonite. M. Cruveilhier a représenté dans une de ses belles planches d'anatomie pathologique un exemple d'abcès dans le muscle extenseur commun des doigts. Il s'agissait d'une femme morte au vingt-huitième jour après son accouchement, qui avait été atteinte de rhumatisme puerpéral et d'abcès multiple. Pendant la vie, on avait observé une tuméfaction à la partie postérieure de l'avant-bras.

L'auteur a figuré aussi une pièce où l'on voit de petits abcès entre des faisceaux des muscles pectoraux (1).

Tonnelé a constaté des abcès métastatiques dans les muscles, 14 fois sur 122 autopsies de fièvre puerpérale. Les abcès musculaires après la phlébite et l'infection purulente ne sont pas plus rares. Tous les livres classiques sont d'accord à cet égard.

Mais ces abcès sont généralement très-petits, et on ne les reconnaît pas souvent avant l'autopsie des malades.

Parmi les observations anciennes, il y en a une de Latour (voy. p. 18) que nous avons rangée au nombre des abcès phlegmoneux, et qui peut être rapportée aux abcès métastatiques. Une phlébite avait été le point de départ des abcès.

Enfin, pour être complet, nous citerons des articles de Tessier sur la diathèse purulente spontanée ; cet auteur y rassemble des observations où à la suite de phlegmons et d'arthrite on a trouvé du pus dans les muscles. Ces observations, quoique discutables au point de vue de la diathèse purulente spontanée, offrent néanmoins des exemples de formation de pus ou de pénétration de pus dans les muscles (2).

Les abcès métastatiques des muscles susceptibles de former

(1) Cruveilhier, *Anat. path.*, liv. XVII^e, p. 3.
(2) Teissier, *Art médical*, août et mois suivants, 1858.

une tumeur se comportent comme des abcès phlegmoneux. Le diagnostic et leur traitement local seraient les mêmes que ceux de ces derniers.

### ABCÈS PAR CONGESTION DANS LES MUSCLES.

Les abcès par congestion des vertèbres peuvent s'engager dans la gaîne des muscles voisins; ainsi des abcès passent dans la gaîne du psoas et dans les muscles des gouttières sacrées. Le muscle comprimé dans sa gaîne s'aplatit, s'atrophie même.

Ces lésions se reconnaissent aux caractères des abcès par congestion, et il n'est pas établi que ces abcès aient quelque chose de tout particulier.

Lorsque la poche est volumineuse, elle forme une tumeur analogue à un abcès des muscles. C'est surtout dans le psoas que cette rare lésion a été observée.

## TUMEURS HÉMATIQUES ET VASCULAIRES DES MUSCLES.

On a observé des tumeurs musculaires causées par des épanchements sanguins enfermés dans les muscles ou dans leur gaîne, après division d'une portion ou de la totalité des fibres du muscle.

Il y a des observations de tumeurs musculaires contenant des masses fibrineuses ou un liquide sirupeux, que nous ferons rentrer, avec Virchow, dans les tumeurs hématiques.

Des tumeurs érectiles ont été observées, quelques-unes existaient sur des muscles locomoteurs; on en a vu un plus grand nombre dans les muscles de la langue.

Enfin les veines des muscles peuvent être variqueuses et peuvent augmenter le volume du muscle.

### ÉPANCHEMENTS SANGUINS DANS LES MUSCLES.

Les épanchements sanguins dans les muscles peuvent être le résultat d'une apoplexie musculaire. Ce fait, déjà entrevu par

Morgagni dans sa XIX^e lettre, a été mieux indiqué par M. Cruveilhier. M. Grisolle, dans sa *Pathologie interne*, cite cette phrase : « M. Cruveilhier a vu les muscles droits de l'abdomen distendus par des caillots qui avaient lacéré et détruit les fibres musculaires, altération qui s'était accompagnée de douleurs si vives, qu'elles avaient fait soupçonner l'existence d'une péritonite (1). » Est-il nécessaire d'ajouter que M. Cruveilhier a également constaté des apoplexies musculaires dans le cœur; nous avons vu plus haut qu'il avait constaté des foyers hémorrhagiques dans un muscle grand pectoral.

S'il est possible qu'il y ait des apoplexies musculaires, il est aussi probable qu'il peut y avoir des épanchements de sang intra-musculaires dans les cas où le sang a perdu sa plasticité, comme dans le scorbut et les fièvres graves. Il n'y a pas longtemps, chez un malade du service de M. Grisolle, atteint de variole hémorrhagique, on a trouvé une hémorrhagie interstitielle dans une portion d'un muscle droit de l'abdomen, qui se traduisait par une tumeur sur le côté de l'ombilic (2).

Les lésions traumatiques des muscles sont une source assez fréquente d'épanchements sanguins dans les muscles, quoi qu'aient dit à cet égard J. Sédillot, Curling, Gray, Earle.

Déjà dans le mémoire de J. Sédillot (3) on trouve réunies trois observations où une tumeur existait au niveau d'un muscle rompu; ce sont des observations empruntées à Pouteau (4), Michel Déramé (5) et Richerand (6). Il s'agissait dans ces cas de rupture d'un muscle du mollet, du psoas, et des muscles sacro-lombaires. Larrey (7) a vu dans un cas d'épanchement sanguin, à la suite de la rupture du muscle droit de l'abdomen, une masse de sang noir coagulé entre les bouts du muscle divisé.

(1) Grisolle, *Path. interne*, 1855, t. I, p. 673.
(2) Communiqué par M. A. Ollivier, chef de clinique de M. Grisolle.
(3) J. Sédillot, *Mém. de la Soc. de médecine*, 1817.
(4) Pouteau, *Œuv. posth.*, t. II, p. 297.
(5) Déramé, cité par J. Sédillot.
(6) Richerand, cité par Sédillot.
(7) Larrey, *Mém. de méd. et chir. mil.*, t. III, p. 288.

Mais aucun fait ne sera plus significatif que celui de Richard-on (1).

Un jeune homme de vingt-huit ans, en voulant sauter un ossé, avait ressenti une douleur vive au-dessus et à droite de 'ombilic. Douze sangsues avaient été appliquées sur une uméfaction molle survenue brusquement.

Le lendemain, l'état du malade s'est aggravé. On croit à un tranglement, et une opération est faite dans le but de lever un tranglement herniaire. Une incision permet de disséquer le égument, le tissu cellulaire et le fascia superficialis. On dé-ouvre alors quelques grumeaux de sang entravasé de la gros-eur d'un grain de froment; la tumeur devint aussi plus appa-ente. Comme on supposait qu'elle était due à une hernie, 'opérateur soulève légèrement avec le ténaculum, le fascia profond abdominal qu'il incise en tenant le bistouri horizonta-ement; et telle était sa tension qu'il se déchirait presque de ui-même à mesure que le bistouri glissait dans une sonde cannelée.

« Cette section opérée, on put apercevoir un large coagulum sanguin dont l'enlèvement laissa à découvert une cavité irré-gulière assez semblable à un anvérysme diffus. »

Le muscle droit abdominal dans toute son épaisseur, ainsi que l'artère épigastrique, étaient divisés. Les bords rétractés du muscle laissaient entre eux un intervalle de deux pouces ; une artériole a été tordue, la plaie a été pansée ; le lendemain, un caillot remplissait la plaie, mais celle-ci n'a pas tardé à se cica-riser sans nouvel accident.

On doit à M. Legouest un fait semblable (2).

Il s'agissait d'un soldat qui, en faisant de la gymnastique, avait eu une rupture du muscle droit de l'abdomen, suivie de douleurs et de production d'une tumeur. Chez ce malade, on avait constaté une tumeur de la paroi abdominale mobile avec les parois, n'augmentant pas par la toux et bien limitée dans la gaîne du muscle droit; la tumeur s'étendait un peu au-dessus

(1) S. Richardson, *American Journal*, 1857, et *Gaz. méd.*, 1858, p. 149.
(2) Legouest, *Gaz. des hôp.*, 1860, p. 301.

du pubis et se terminait à l'ombilic où la tumeur avait 5 centimètres de large. M. Legouest a supposé que l'artère épigastrique avait été rompue.

Des applications d'eau ont été faites sur le lieu malade, quatre jours après la tumeur diminuait; une semaine suffit à la disparition presque complète de la tumeur, et les mouvements s'exécutaient facilement.

Ces deux dernières observations pourraient être rangées au nombre des anévrysmes traumatiques primitifs du muscle. Mais la petitesse de l'artère épigastrique permettant son oblitération ou sa cicatrisation, l'anévrysme ne persiste pas, et il ne reste à proprement parler qu'un épanchement sanguin.

Samson aîné a publié une observation de contusion du deltoïde, suivie d'une note intéressante sur un épanchement de sang du biceps. Il y a peu de détails. Un terrassier en lançant de la terre avec une pelle, avait senti un craquement dans le bras; bientôt une tuméfaction du biceps était survenue. A l'hôpital, on avait constaté que la tuméfaction siégeait bien dans le corps du muscle biceps. Le fait était donné comme un exemple de rupture du biceps avec épanchement sanguin du muscle (1). Le malade a été guéri au bout de douze jours par le repos et les compresses résolutives.

Il est rare que les épanchements sanguins du muscle donnent lieu à une ecchymose qui corresponde exactement au trajet du muscle, il faudrait pour cela que la gaîne du muscle fût rompue. Les observations ne nous donnent d'ailleurs que peu de renseignements sur ce point.

On reconnaît les épanchements sanguins des muscles à une tuméfaction pâteuse plus ou moins étendue, et toujours dans la direction du muscle. Lorsque l'épanchement est très-abondant et distend la gaîne du muscle, la tumeur rappelle celle de la gaîne où elle est contenue, ainsi que cela se voit dans l'observation de M. Legouest.

(1) *Gaz. des hôpitaux*, 1834, p. 46.

Le diagnostic des épanchements dans les muscles est toujours facile à faire : en remontant aux antécédents, s'il s'agit d'un épanchement sanguin traumatique ; en considérant l'état général du sujet au moment où une tuméfaction se montre dans un muscle : ainsi la disposition aux hémorrhagies dans le cas de fièvre grave.

Le seul diagnostic différentiel qu'il y aurait à faire serait dans les conditions de l'état typhoïde où l'on a pu voir, nous l'avons dit, les abcès des muscles. Ce qui éclairerait seraient les douleurs plus ou moins vives qui existent à la pression et pendant les mouvements dans le cas de suppuration du muscle.

Le pronostic des épanchements musculaires est peu grave en général, si l'épanchement est limité ; il est plus grave, si le sujet est affaibli et si le foyer hématique s'enflamme.

Le traitement consiste à appliquer des compresses résolutives et une compression sur le muscle, et à faire porter aux malades des ceintures ou des appareils pour contenir le muscle pendant un certain temps. L'ouverture de la tumeur est en général contre-indiquée, même si l'épanchement tarde à se résoudre.

TUMEURS HÉMATIQUES ANCIENNES. — HÉMATOMES (Virchow).

Virchow dit : « L'exemple le plus parfait d'hématome que j'aie vu est un hématome du psoas observé chez un hémophile. Ce cas est emprunté à Lemp. Aucun diagnostic n'avait été porté ; le malade avait présenté une tumeur de la hanche qui était remontée dans l'abdomen. A l'autopsie on avait trouvé une tumeur dans le psoas, elle était constituée par une cavité située dans le psoas, et dont les parois étaient cartilagineuses. Un contenu sec, cassant, brun rougeâtre, dans lequel on trouvait des globules sanguins décolorés et un détritus granuleux, remplissait cette cavité (1). »

(1) Virchow, *Traité des tumeurs*, traduction française, p. 141.

Ailleurs, Virchow a dit qu'il avait vu une collection sanguine dans la gaîne du muscle droit de l'abdomen après sa rupture chez des malades pendant des accès de toux. Il a montré la pièce ; une poche de sang existait dans le muscle droit, et il disait connaître des cas où ces épanchements avaient été le point de départ d'abcès (1).

Disons le en passant, une semblable complication constituerait le type des abcès hématiques des muscles.

Voici un autre très-bel exemple d'hématome du même genre que le précédent, et qui a été observé sur le vivant. M. Teevan, dont les citations sont assez souvent exagérées et inexactes, place cette tumeur dans les tumeurs fibreuses (2).

Nous résumons ainsi l'observation : Une femme de quarante ans avait reçu un coup sur le sein. Quatre mois avant son entrée à l'hôpital, il était survenu presque immédiatement une grosseur, qui avait peu à peu augmenté et avait acquis le volume d'un œuf de poule. La tumeur présentait une dureté irrégulière, et l'on sentait une fluctuation profonde. M. Moore a enlevé la tumeur, croyant à un cancer.

« On trouva que la tumeur était constituée par une infiltration du grand pectoral avec dépôts fibreux. Les parties superficielles étaient saines, et au-dessous d'elles la tumeur simulait à la coupe un anévrysme. On trouvait, au centre, une masse jaunâtre, de consistance ferme, qui ressemblait en fait au caillot des anévrysmes. A la circonférence, cette masse était mélangée avec la substance musculaire. Au microscope, on reconnut que cette masse ne consistait qu'en fibrine qui avait infiltré le muscle. » Il n'y avait pas eu de vaisseaux artériels ouverts ou malades qui avaient necessité une opération. La malade a guéri.

Ce que nous venons de voir fait bien comprendre la lésion qui a été observée par MM. Velpeau et Trélat. L'observation a été recueillie par Simon.

(1) Virchow, *Séances du congrès de la Société de médecine de Berlin* (séance du 7 mai 1860). Canstatts, etc., 1860.

(2) Teevan, *loc. cit.* (*Lancet*, 1861, t. VI, p. 264).

Un homme âgé de cinquante-cinq ans, couché au n° 16 de la salle Sainte-Vierge, était entré pour se faire traiter d'une fistule qu'il portait au bras droit depuis deux mois. Il y a trois mois, une tumeur qui existait depuis trente-cinq ans s'était enflammée, avait suppuré et avait été ouverte. Il était sorti un liquide séreux analogue à de la lavure de chair.

Nous donnons ici les passages caractéristiques de l'observation. Le diagnostic porté par M. le professeur Velpeau et par M. Trélat avait été fibrome transformé.

On trouve une tumeur occupant le tiers moyen de la face postérieure du bras droit, mesurant 9 centimètres dans le sens vertical, et 8 centimètres transversalement, faisant une saillie d'environ 5 centimètres. La peau qui la recouvre n'offre aucune modification, si ce n'est vers la partie postérieure et inférieure, où l'on trouve un orifice fistuleux non déprimé et sans teinte violacée ni bride. Excepté dans ce point, la peau est parfaitement mobile sur la tumeur. Celle-ci glisse également sur les parties profondes, quand on lui imprime des mouvements transversaux, mais elle est moins libre de se déplacer dans le sens vertical. Ainsi on ne peut la faire descendre au-dessous du point qu'elle occupe, et cela, semble-t-il, à cause d'un pédicule fibreux qui la surmonte et qui paraît se fixer immédiatement au-dessous de l'insertion inférieure du deltoïde. On peut, au contraire, faire légèrement remonter la tumeur de bas en haut quand les muscles sont dans le relâchement; mais ce mouvement même devient impossible alors que l'on commande au malade de fléchir le bras, tout en cherchant à s'opposer à cette flexion. Par le fait de cette contracture énergique du triceps, on diminue également de beaucoup la mobilité transversale de la tumeur.

La surface de celle-ci est irrégulièrement hémisphérique, offrant deux ou trois bosselures à bases diffuses ou vagues. On lui trouve une consistance à peu près uniforme, intermédiaire à celle des tumeurs fibreuses et des tumeurs fongueuses. Quand on presse avec les deux pouces sur deux points assez voisins, on éprouve la sensation d'un craquement analogue à celui que produirait une mince lamelle osseuse qui se briserait profondément. Le trajet fistuleux qu'elle présente est dirigé verticalement et est presque sous-cutané. En effet, outre que pour faire pénétrer le stylet il faut le maintenir parallèle à l'axe du bras, on peut, en différents points, sentir vaguement son extrémité à travers la peau. A une profondeur de 5 à 6 centimètres, le stylet rencontre un corps dur qui donne la sensation d'une plaque osseuse ou calcaire. En interrogeant le malade, on apprend qu'il est sorti, avec le liquide séro-sanguinolent que fournit la fistule, de petites concrétions dures, que cependant on pouvait écraser entre les doigts et réduire à un état pulvérulent.

On ne trouve aucun ganglion engorgé sous l'aisselle.

L'extirpation de la tumeur est pratiquée sans difficulté le 27 juin. Après son ablation, elle offrait encore le volume d'un petit œuf de dinde; elle est

oblongue et d'un gris blanchâtre. On l'incise suivant sa hauteur, immédiatement sur le trajet fistuleux.

Sa coupe montre qu'elle est constituée par une coque fibreuse très-épaisse, circonscrivant une masse qui, par sa couleur, ressemble, à s'y méprendre, au tissu musculaire. Un examen attentif de ces parties fait reconnaître : 1° que la coque fibreuse, très-épaisse, ayant de 4 à 8 millimètres d'épaisseur, suivant des points différents, est constituée par un tissu filamenteux, feutré, très-serré ; que par sa face externe elle se continuait superficiellement avec l'aponévrose brachiale ; profondément avec le tissu musculaire du triceps, dont les fibres, moitié transformées en tissu fibreux, moitié conservant leurs caractères, sont incrustées sur cette face. La couche musculaire, ainsi adhérente, est peu épaisse ; aussi n'est-on pas obligé de sacrifier le triceps dans toute son épaisseur.

On peut, à l'aide du doigt, énucléer le contenu, et alors la coque fibreuse offre une surface granuleuse ou un peu irrégulière, tapissée çà et là de concrétions calcaires, les unes des dimensions d'un grain de millet, les autres d'une surface de plus d'un centimètre carré, mais irrégulièrement découpées. On trouve même une de ces concrétions assez large, presque entièrement libre dans le trajet fistuleux. En incisant cette coque en différents points, on découvre dans sa partie superficielle plusieurs petits foyers purulents qui pourraient bien être le résultat de l'irritation produite par les examens multipliés dont cette tumeur a été le siége depuis l'entrée du malade.

*Note de M. Ch. Robin.* — « Tumeur dont la masse homogène grisâtre et la masse rougeâtre sont formées de fibrine offrant toutes les modifications qu'on observe dans les couches de poches anévrysmatiques, depuis l'état fibrillaire encore reconnaissable dans la partie rouge jusqu'à l'état de masse homogène, élastique, friable, aréolaire, par places, sous le microscope, que présente la portion grise. Dans l'une et l'autre masse morbide, il y a des globules blancs inclus dans la fibrine. Ils sont plus nombreux et en amas par places dans la portion rougeâtre ; celle-ci doit sa courbure à la présence d'une grande quantité de fines granulations rougeâtres, ou mieux brunâtres sous le microscope, telles qu'en montrent les globules sanguins en voie de dissociation dans les caillots apoplectiques.

» Ces divers aspects ne sont pas rares dans les épanchements sanguins qui compliquent parfois les goîtres, les tumeurs de la parotide, dans certaines hématocèles du scrotum, etc. Les parois fibreuses enkystant cette fibrine sont un tissu fibreux de nouvelle génération, avec beaucoup de substance amorphe granuleuse en certains points et sans fibres élastiques. Elle est accompagnée de dépôts de granules calcaires formant des plaques incrustantes en quelques endroits, telles que celles qu'on trouve fréquemment dans les kystes proprement dits anciens et dans les parois d'enkystement de nouvelle génération de diverses tumeurs hématiques et autres. »

M. Trélat, dans son rapport sur cette observation (1) à la So-

(1) Simon.—U. Trélat, *Bull. Soc. anat.*, 1860. Cas rare de tumeur hématique.

ciété anatomique, a conclu qu'il s'agissait d'une tumeur héma-tique, et que l'antécédent traumatique pouvait avoir été oublié par le malade. Nous avons vu ce malade, et nous nous rappelons fort bien que la tumeur faisait corps avec le triceps.

M. Velpeau, en parlant des modifications du sang, dans son étude sur les kystes et dans sa thèse sur la contusion (1), admet que les épanchements sanguins peuvent rester à l'état de sang liquide, se réduire à une tumeur formée par la fibrine concrète, ou se transformer en kystes séreux. Cette théorie est applicable aux épanchements sanguins dans les muscles ; et si, d'une part, nous avons vu exister dans les muscles des hématomes fibrineux, on peut admettre que des kystes séreux à liquide visqueux et coloré des muscles peuvent être la conséquence d'épanchements de sang anciens.

Nous ferons ici allusion à trois faits : d'abord à une citation de Warren, que M. Tatum (2) croit être un hématome musculaire. Une petite tumeur du volume d'un œuf, située au milieu du droit antérieur de la cuisse, existant depuis cinq à six mois chez une femme, était constituée par une substance musculaire d'une teinte foncée, au centre de laquelle existait une cavité dont la paroi était ossifiée. Nous citons ce cas pour mémoire et sans accorder plus de confiance qu'il ne convient au jugement de M. Tatum. Ajoutons que les auteurs du *Compendium* rangent cette observation au nombre des tumeurs cancéreuses mélaniques, conservant ainsi le titre donné par Warren. Mais cette divergence d'opinions n'est rien, car M. Mourlon a vu dans cette tumeur une hernie musculaire (3).

La seconde observation est une constatation anatomique due à M. Kölliker. Cet anatomiste a vu un kyste musculaire du demi-tendineux : un kyste à liquide gluant, épais, analogue à de la synovie, kyste qui se prolongeait jusque dans le tendon où il se terminait en cul-de-sac (4).

(1) Velpeau, *Recherches sur les cavités naturelles ou accidentelles* (*Ann. chir. franç. et étrang.*, 1843, t. VII, p. 151), et *De la contusion*, thèse de concours 1834.

(2) Tatum, *Holmes Coote, a System of Surgery*, p. 540.

(3) Mourlon, *Essai sur les hernies musculaires*, *loc. cit.*, p. 11.

(4) Forster, *Handbuch der Path. anat.*, III<sup></sup>e liv., p. 1017, 2e édit., 1864.

Ce fait ne nous paraît pas beaucoup plus concluant qu premier.

Le sang épanché par cause traumatique ou par lésion a plectique des muscles peut rester fluide assez longtemps, mai peut aussi s'altérer.

M. Buchanan a trouvé chez un homme mort de pneumo tuberculeuse, un ramollissement des muscles jumeaux, q donne comme une tumeur sanguine du mollet ; mais la lect de l'observation apprend qu'il s'agissait d'une transformat du muscle en une cavité contenant un liquide composé de g nulations amorphes et quelques noyaux ; dans quelques endr on trouvait les fibres musculaires, la poche qui contenai liquide et les restes du muscle était tapissée de petits dé semblables à des tubercules. Cette observation pourrait désignée sous le nom de myosite tuberculeuse, dont un ép chement sanguin pouvait être la cause (1).

Parmi toutes les tumeurs kystiques citées, la plupart à t comme des kystes des muscles, nous ne nous arrêterons q une seule tumeur.

M. Tatum, à l'hôpital Saint-George, a enlevé chez une je femme de trente-trois ans, une tumeur à la partie antérie du bras, qui datait d'un an. Il a coupé dans le muscle, o kyste semblait très-adhérent. Une excision a été faite, et l' laissé suppurer la tumeur (2).

Cette observation est très-brève, et nous ne pouvons sa ce qu'elle était. Nous pencherons volontiers entre un al froid ou un kyste d'origine hématique. Nous la plaçons ici e ces dernières tumeurs, sans lui attribuer de valeur re absolue.

Les pièces pathologiques des musées des hôpitaux de Sai George et de Saint-Barthélemy, de Londres, mentionnées a M. Teevan, sont-elles du même genre que les autres ky dont parlent les Anglais? C'est ce qu'il est impossible d préciser.

(1) Buchanan, *Trans. path. de Londres*, vol. VIII, p. 363.
(2) Tatum, *The Lancet*, 1859, t. II, p. 662.

La symptomatologie de cette affection ne nous paraît pas pos-
ble aujourd'hui, il y a trop peu de faits; tout ce que l'on peut
ire, c'est que les kystes peuvent présenter de la fluctuation
lus ou moins douteuse, et qu'ils peuvent offrir les caractères
es kystes que nous avons décrits sous le nom d'abcès froids;
ue les hématomes anciens ne peuvent guère être distingués des
imeurs solides, telles que cancer, ossifications et abcès froids,
parois très-épaisses, à moins que l'on ne considère leur lenteur
e développement.

Quant au traitement, il n'y a aucune indication à tirer des
bservations, puisque les tumeurs n'ont pas été diagnostiquées.
*priori*, pour les lésions accessibles aux procédés opératoires
blation serait le meilleur traitement, dans tous les cas où les
meurs paraissant solides ne resteraient pas stationnaires et
useraient des douleurs aux malades.

Des kystes ont été incisés et traités par la méthode suppura-
ve. Ce traitement est bon en général; il convient pour la plu-
rt des kystes accidentels dont il est facile de vider entiè-
ment le contenu et de cautériser, s'il est nécessaire, les
rois.

Les injections détersives, les lavages répétés et les injections
dées seraient, dans ces cas, d'un aussi bon usage que pour les
cès froids.

TUMEURS ÉRECTILES.

Il y a six faits de tumeurs dites érectiles des muscles, non
mpris les tumeurs érectiles de la langue et des lèvres, qui
mblent être toujours plus ou moins superficielles et ne s'éten-
e que consécutivement aux muscles de la langue.

Voici les faits :

Une tumeur érectile du demi-membraneux enlevée chez une
mme âgée de soixante-dix ans (1). (C'est le titre d'une pièce
musée de Saint-Barthélemy, n° 118.)

(1) Teevan, *On tumours in voluntary muscles* (*British and foreign Review*,
XXXII, p. 509).

Voici une bonne observation (1) :

Charles R...., âgé de dix ans, entré à University college Hospital, dai le service de M. Liston, le 2 janvier 1843, est un garçon fort robuste, g gnant sa vie à faire des courses, demeurant dans le comté d'Essex. Il s'e toujours bien porté. Il fut envoyé à l'hôpital à cause d'une tumeur du jarr droit, qui se fit remarquer pour la première fois il y a huit ans. Elle ava alors un petit volume et n'incommodait l'enfant en aucune façon. Elle au menta progressivement, mais lentement, et une année après qu'on l'e premièrement remarquée, sa mère la fit voir à un chirurgien.

A ce moment-là, on dit que la tumeur avait le volume d'un œuf de dind qu'elle était élastique à la pression, et qu'elle était le siége de pulsatio très-distinctes, mais qu'on n'y entendait aucun bruit. Une aiguille à expl ration fut plongée profondément dans son intérieur, sans causer d'écoul ment à l'extérieur ni de sang ni de pus.

L'affection augmenta lentement, mais toujours sans occasionner d'ii commodité au malade. Il y a trois ans, un séton fut placé à travers une pc tion de la tumeur et fut conservé quelques jours. Un écoulement s'éta établi, le séton fut retiré et les ouvertures se cicatrisèrent. Ce séton diminua aucunement le volume de la tumeur. On appliqua alors, égaleme sans effet, des vésicatoires et de l'iode. La tumeur a continué à s'accroî jusqu'à présent. Aucune douleur n'a été ressentie, jusqu'il y a quelqu mois, et depuis, seulement de temps en temps, y a-t-il eu des souffranc L'enfant ne donne pas une re ation très-distincte de ses sensations ; il que de temps en temps sa jamlbui fait mal.

Il y a maintenant une tumeur ovalaire, dont le long diamètre est para lèle à l'axe du membre ; elle est située dans la partie supérieure de l'espa poplité droit.

La tumeur a 3 pouces 1/2 de long. Les téguments qui la recouvrent, sont ni enflammés ni colorés, mais présentent l'état normal. On i perçoit aucune pulsation ; pas de bruit à l'auscultation. On perçoit les b tements de l'artère dans le creux poplité au-dessous de la tumeur, les bat ments de la tibiale antérieure existent comme à l'état normal. Le malade se plaint aujourd'hui d'aucune douleur dans le membre, et les parties aff tées ne sont pas sensibles à la pression. La température est égale des de côtés.

La tumeur, au toucher, est pâteuse, élastique, donnant dans l'extens du membre une sensation analogue à la fluctuation qu'on trouve là où il y du pus profondément situé. Quand la jambe est fléchie, cette sensation moins distincte ; et la tumeur donne aux doigts la sensation d'une ma solide, élastique, qui serait légèrement mobile et qu'on pourrait facilem soulever et séparer de l'os.

M. Liston fut d'avis que c'était une tumeur solide, peut-être de natu graisseuse, et résolut de l'enlever. MM. Quain et Morton s'accordai avec lui.

(1) R. Liston, *Medico-chir. Transactions*, 1843, p. 120.

*Opération.* — Le 6 juin, le malade fut couché sur le ventre sur la table à opérations. M. Liston procéda à la ponction exploratrice. Celle-ci fut faite au moyen d'un bistouri étroit, plongé profondément dans la partie la plus saillante de la tumeur, à peu près sur la ligne médiane du membre, et vers la partie supérieure du creux poplité ; on fit faire un demi-tour au bistouri sur son axe et on le retira en partie. Le mouvement de retrait fut suivi d'un jet de sang d'une teinte foncée, lancé d'abord avec force. Le sang continua à couler abondamment, mais sans intermittence, sans saccades. Quand on essaya d'imprimer au bistouri des mouvements de latéralité, on trouva que la tumeur n'était pas libre, de sorte qu'elle ne pouvait pas être dans une cavité. La tumeur diminua un peu de volume pendant l'écoulement du sang, dont il s'échappa environ 3 onces.

M. Quain remarqua que l'hémorrhagie pouvait provenir de la veine saphène externe; comme il n'est pas très-rare de la voir se jeter dans la veine profonde beaucoup plus haut qu'à l'état normal, dans ce cas, elle serait située assez près du point de la ponction. L'hémorrhagie fut arrêtée par l'application du doigt sur l'ouverture, et une deuxième ponction fut faite sur le côté externe de la tumeur; celle-ci ne détermina aucun écoulement de sang. M. Liston se décida à enlever la tumeur. Une incision longue de 4 pouces fut faite à travers les téguments. Ceux-ci n'adhéraient pas aux parties profondes. Le fascia fut divisé dans une égale étendue et la surface de la tumeur se trouva découverte. Elle avait l'aspect d'une tumeur graisseuse, mais son volume était évidemment bien moindre que celui qu'elle avait avant le commencement de l'opération. On vit alors que la veine n'avait pas pu être ouverte.

La dissection fut commencée sur le côté externe. Le nerf poplité fut bientôt à nu, et la tumeur qui lui adhérait un peu en fut séparée avec soin. Après une dissection laborieuse, profonde dans le fond du creux poplité, on constata que la tumeur était couverte par les muscles. On procéda à la dissection sur le côté interne, et l'on vit que la tumeur était couverte de la même manière de tissu musculaire ; c'était le demi-membraneux qui entourait la tumeur. Pendant les manipulations nécessitées par cette dissection, la tumeur diminua encore de volume. On coupa dans l'épaisseur du demi-membraneux, et la production morbide fut extirpée. L'artère poplitée ne fut pas mise à nu pendant cette opération. Un seul vaisseau dut être lié, et le malade fut transporté à son lit, la plaie ayant été couverte de charpie imbibée d'eau froide. Beaucoup de sang avait été épanché et une syncope était imminente.

*Examen de la tumeur.* — En opérant une section, on vit que la tumeur était constituée par une masse de tissu érectile parfaitement caractérisé, ayant le volume d'un œuf.

Nous avons ici, à notre avis, un cas rare. Le tissu érectile se rencontre rarement dans les parties profondes.

L'auteur ne savait pas si on l'avait rencontré dans le tissu musculaire. Dans le cas que nous venons de raconter, disait-il, il est plus que probable qu'une petite masse de tissu érectile avait existé à l'origine dans le muscle, et qu'elle s'était développée peu à peu, jusqu'à ce qu'elle eût atteint un volume suffisant pour attirer l'attention.

Les journaux anglais renferment trois autres observations. La première semble être une tumeur érectile étendue aux muscles.

Un homme âgé de vingt cinq ans, était entré dans le service de M. Birkett, à Guy's Hospital, pour une tumeur érectile d'un grand volume, située dans la peau et les tissus sous-cutanés du côté droit de l'abdomen. Elle recouvrait une surface d'une longueur égale à trois fois celle de la main ouverte, et avait une épaisseur, dans certains points, de près de 2 pouces. Elle était d'origine congénitale, mais n'avait jamais été incommode jusqu'à ces derniers temps, où elle était devenue plus volumineuse et s'était recouverte de petites saillies verruqueuses ou papilliformes, desquelles suintait une grande quantité de sang diffluent. Par l'effet de l'hémorrhagie persistante, le malade était arrivé à un état d'anémie profonde. En excisant la tumeur, on trouva qu'elle était unie intimement au muscle oblique externe, dont on fut forcé d'enlever une partie avec la tumeur. La dissection exigea beaucoup de soin, et fut terminée avec très-peu d'écoulement sanguin. La solution de continuité laissée par l'opération fut nécessairement très-étendue. Le malade s'est très-bien relevé de l'opération, et il est à présent hors de danger. La tumeur, examinée après son ablation, ressemblait exactement, par sa structure, au corps caverneux (1).

La seconde observation anglaise est une tumeur érectile du cou, dont le siége dans les muscles n'a pas été bien précisé. A notre avis, il y a seulement cette phrase pour justifier le titre de l'observation : « L'extrémité inférieure du muscle sterno-mastoïdien fut divisée, ce muscle étant incorporé avec la tumeur (2).» M. Maisonneuve a enlevé une tumeur érectile du cou, au milieu des muscles de la nuque, où il a aussi coupé des muscles ; mais cela ne suffit pas pour établir qu'il y avait tumeur érectile du muscle. D'ailleurs, les examens des pièces ne sont pas relatés. Nous ne compterons pas ces faits.

L'observation suivante, toute récente, a été publiée par M. Legros Clark, chirurgien de Saint-Thomas à Londres :

Un jeune homme de bonne santé fut amené à l'hôpital pour se faire débarrasser d'une tumeur qu'on supposait être un lipome. Cette tumeur avait le volume d'une grosse orange, elle siégeait à la partie inférieure du muscle

(1) *Med. Times*, vol. XXXII, n° 321, (Il y a deux ordres de numération des volumes de ce recueil, c'est sur la première page que se trouve le numéro du volume. Le *Medical Times and Gazette* est la fusion du *London medical Gazette* avec le *Medical Times.)*

(2) *Med.-chir. Trans.*, 1843, p. 128.

grand dorsal. Plus gênante que douloureuse, elle s'était accrue lentement depuis plusieurs années; le malade l'attribuait à un coup.

D'une consistance non élastique, recouverte par la peau mobile sur la tumeur, indolente et non pulsatile, cette production a été diagnostiquée un lipome. Mais elle présentait une particularité singulière : dans certains mouvements du malade, la tumeur était plus saillante et plus dure, et cela avait été attribué à la contraction du muscle sur lequel elle reposait.

L'opération a été faite au mois de novembre, et l'on a trouvé que la tumeur était composée de vaisseaux. L'ablation des parties malades a duré plusieurs minutes. Le sang, qui coulait en abondance de tous les côtés, a été arrêté par une éponge placée dans la plaie, et lorsque celle-ci a été enlevée, comme le sang coulait encore, le chirurgien a eu recours au tamponnement avec la charpie imbibée de perchlorure de fer.

Des hémorrhagies tendaient sans cesse à se reproduire pendant la cicatrisation de la plaie, et un abcès s'est produit et a été ouvert avant que le malade quittât l'hôpital.

La tumeur, examinée, présentait un nombre considérable de cavités et de sinus, qui étaient enfermés dans des restes de tissu musculaire, quoiqu'elle fût circonscrite par une membrane d'enveloppe; les sinus semblaient se continuer avec les veines voisines, ils renfermaient des masses de matière calcaire ayant la forme et le volume d'un grain de millet ou d'un pois. Quelques-unes de ces masses étaient constituées en partie par des sels calcaires et en partie par de la fibrine décolorée. Il y avait des caillots dans les cavités veineuses.

Les concrétions trouvées dans la tumeur faisaient effervescence lorsqu'on les traitait par l'acide nitrique (1).

M. Demarquay a publié dans l'*Union médicale*, une observation de *tumeur érectile* développée dans l'épaisseur du long supinateur. Voici le fait :

Madame X..., âgée de vingt-huit ans, est venue me consulter pour une tumeur de la région du pli du coude. Cette tumeur est située en dehors du tendon du biceps, entre celui-ci et le relief que forme le grand supinateur; elle fait une légère saillie à la peau, et avec le doigt on reconnaît une tumeur bien limitée, un peu aplatie, dure, sans bosselure, et ayant le volume d'une noisette; elle n'adhère pas à la peau, et présente dans tous les mouvements une situation fixe sur les parties profondes. L'examen de cette tumeur est douloureux.

La malade y éprouve des douleurs très-vives, d'abord locales, mais qui se propagent à la partie externe de l'avant-bras, et sont vivement senties vers son tiers inférieur, puis au poignet, et s'irradient en dernier lieu sur la face dorsale du pouce et de l'index; plus tard le médius et l'annulaire deviennent douloureux, mais alors la malade souffre jusque dans le creux

(1) Legros Clark, *Vascular tumour* (*Hôp. St. Thomas*, — *The Lancet*, 1864, t. II, p. 742), traduite par nous (*Gaz. des hôpit.*, 1865, p. 33).

axillaire et incline sa tête sur l'épaule. Ces douleurs seraient comparables à une rage de dents. Il y a un sentiment de pesanteur dans le bras ; au toucher, le coude, l'avant-bras et la main sont froids, celle-ci est couverte d'une sueur abondante. Les fonctions du membre sont affaiblies, la sensibilité tactile est engourdie, et si la malade tient un objet quelconque, qu'il soit lourd ou léger, elle est obligée de le lâcher. L'avant-bras est ordinairement fléchi vers le tronc et en supination ; il est impossible de l'étendre complétement. La santé générale est bonne, quoique madame X... éprouve de fréquentes insomnies.

Elle s'est aperçue de sa tumeur il y a neuf ans, pendant le cours de sa grossesse, qui se termina par une fausse couche, ainsi que plusieurs autres grossesses. La tumeur n'a pas augmenté depuis son apparition, mais les douleurs, d'abord passagères, et ne revenant qu'à de longs intervalles, sont continues depuis deux ans et présentent des exacerbations pendant le jour. Tous les moyens médicaux employés jusqu'ici ayant échoué, je résolus d'enlever cette tumeur le 16 septembre 1861. Pendant l'opération, je constate que la tumeur est dans l'épaisseur du long supinateur.

La tumeur enlevée a la grosseur d'une noisette ; elle est arrondie, sans bosselure, entourée d'une coque fibreuse ; la coupe fait reconnaître un tissu qui rappelle le corps caverneux de la verge : ce sont des cellules pleines de sang, dont les parois sont formées par du tissu fibreux (1).

Cette tumeur, dont l'examen microscopique n'a pas été fait, ne nous paraît pas être une tumeur érectile franche, même transformée ; en effet, les tumeurs érectiles ne sont pas aussi bien limitées, et il est rare qu'elles se transforment en kyste à parois fibreuses ; telle n'est pas du moins la manière dont les choses se passent.

Donc, jusqu'à ce qu'il soit démontré par d'autres faits qu'une telle tumeur puisse être de nature érectile, nous la rangerions volontiers dans les tumeurs hématiques consécutives à d'anciens épanchements sanguins.

Il y a, en effet, des tumeurs érectiles flétries ; elles ne forment pas une masse enkystée régulière.

Nous pouvons citer un cas de tumeur érectile, siégeant sur le rond pronateur et sa gaîne, où l'on voit le mode d'atrophie du tissu érectile. Voici les détails, que nous devons à l'extrême obligeance de notre collègue M. Tillaux, qui a bien voulu rechercher une relation de ce fait dans ses notes :

(1) Demarquay, *Union médicale*, 1861, 26 décembre, 2e série, t. II, p. 587.

« Une jeune fille portait une tumeur de l'avant-bras depuis sa naissance.

» Cette tumeur, mobile sous la peau, adhérait au muscle rond pronateur, avec lequel elle faisait corps. Elle présentait des bosselures, les unes dures, les autres molles. Il n'y avait pas de ganglions engorgés à l'aisselle.

» La tumeur avait cru depuis peu.

» M. Nélaton avait pensé que ce pouvait être une petite tumeur fibro-plastique. Mais il avait jugé que la tumeur était dans le muscle, parce que, lorsqu'on faisait contracter le rond pronateur, la tumeur était mobile dans le sens du travers du muscle et immobile dans le sens de la direction de celui-ci.

» La tumeur a été enlevée, elle adhérait à la veine basilique et à la gaîne du rond pronateur.

» M. Tillaux nous a dit qu'il se souvenait d'avoir vu couper des fibres du muscle pendant que la tumeur était découverte; des petits kystes qui existaient dans la tumeur avaient été ouverts pendant sa dissection.»

Le produit enlevé, examiné par M. Robin, contenait du tissu érectile, entouré par de la graisse et du tissu fibreux. La tumeur a été présentée à la Société anatomique (1).

Certes, nous ne voulons point dire ici que la tumeur avait pris naissance dans le muscle, mais nous enregistrons au moins un exemple de tumeur érectile unie à un muscle, et nous avons cité le fait pour montrer quelle différence il y a entre la tumeur enlevée par M. Demarquay, et les tumeurs érectiles atrophiées.

M. le professeur Richet nous a dit avoir observé deux fois des tumeurs érectiles des muscles. Un des faits a été vu aussi par M. Denonvilliers : dans les deux cas, il s'agissait de tumeurs érectiles veineuses dans le triceps, tumeurs qui ont été enlevées toutes deux.

Mais il y a quelque chose de très-positif d'ailleurs : M. Cruveilhier a vu à la Salpêtrière, sur le cadavre d'une vieille femme

(1) *Soc. anat.*, 1861, p. 10.

âgée de soixante-quinze ans, des tumeurs érectiles multiples très-développées, et le biceps brachial surtout était envahi par l'ectasie des capillaires (1). Béraud, cité par M. Demarquay, a vu aussi du tissu érectile dans les muscles d'un cadavre. Enfin, et nous ne citons cela que pour mémoire, il y a quelquefois des taches érectiles de l'iris au milieu des fibres lisses de cette membrane.

Ces constatations anatomiques sont un contrôle anticipé des observations que nous avons rapportées.

On le voit, les tumeurs érectiles des muscles ont été rencontrées un peu partout ; elles se sont présentées avec les caractères de tumeurs érectiles artérielles étendues aux parties profondes, ou les caractères de tumeurs érectiles veineuses.

Les tumeurs érectiles vraies et les tumeurs érectiles altérées sont l'apanage des jeunes sujets. Mais la congénialité n'a pas toujours été évidente ou n'a pas été recherchée.

Les tumeurs, stationnaires longtemps, ont fini par acquérir un certain volume.

Les signes ont été ceux d'une tumeur érectile sous-cutanée dans l'observation de Liston. Mais il y avait une tumeur érectile sous-cutanée franche, avec battements, c'est le seul cas où la lésion a été diagnostiquée.

M. Legros Clark a pensé qu'il s'agissait d'un lipome ; dans ce cas, le seul signe qui eût pu éclairer le chirurgien n'a pas été cherché : la réductibilité de la tumeur.

M. Birkett ne pouvait se tromper, il y avait une tumeur érectile de la peau. Mais la tumeur érectile musculaire n'a pas été soupçonnée.

Certes, il est probable qu'en présence d'une tumeur érectile profonde, dépourvue de battements, peu molle, n'augmentant pas manifestement pendant les efforts, on ne pourrait poser un diagnostic précis. D'ailleurs, à supposer que tous ces signes existent, ils seraient peu marqués.

(1) Cruveilhier, *Anat. path.*, t. III, p. 880.

Une tumeur sous-musculaire ou intra-musculaire qui tendrait à se gonfler pendant un effort, serait souvent comprimée par les muscles qu'elle occupe, et ils contribuent presque tous à l'effort général, le seul qui pourrait faire saillir la tumeur d'une façon évidente. La profondeur à laquelle était située la tumeur vue par M. Clark, pouvait à la rigueur empêcher de sentir les battements dans le cas où ils auraient réellement existé.

Le diagnostic est donc exclusivement lié à la constatation de la réductibilité.

Pour les tumeurs érectiles flétries, il n'y aurait que la congénialité qui pourrait être un indice.

Le pronostic des tumeurs érectiles profondes est grave, en ce sens que les moyens chirurgicaux ont peu de prise sur elles. Mais il est bon de dire aussi que les tumeurs érectiles profondes peuvent s'atrophier, témoin le fait emprunté à la clinique de M. Nélaton.

Le séton appliqué dans la tumeur érectile de notre première observation n'a pas guéri la tumeur. L'ablation a dû être faite, elle a été suivie de succès. L'ablation que M. Clark a exécutée, par suite d'une erreur de diagnostic, a été aussi heureuse. MM. les professeur Richet et Denonvilliers ont également extirpé les tumeurs érectiles qu'ils ont observées et ont guéri les malades.

Ajoutons que des tumeurs érectiles des lèvres et de la langue ont été enlevées à l'aide de l'écraseur linéaire, et que des guérisons durables ont été obtenues.

### VARICES DES MUSCLES.

Depuis les recherches de M. Verneuil (1) sur le siége primitif des varices, on sait que les veines profondes des membres sont atteintes de ces dilatations avant les veines superficielles,

(1) Verneuil, *Gaz. méd.*, 1855, et *Gaz. hebd.*, 1861.

et qu'un gonflement à peu près uniforme d'un membre avec quelques varices superficielles doit faire diagnostiquer des varices profondes, même dans les veines musculaires. Cette citation établit l'existence de varices des veines des muscles, mais elle ne prouve pas que les varices des muscles forment des tumeurs musculaires. Bien que M. Verneuil ait vu un muscle dont les veines dilatées constituaient la moitié du volume, il ne s'ensuit pas qu'il devait y avoir une tumeur musculaire. En effet, les varices sont compressibles, et l'aponévrose d'enveloppe des membres dissémine la tuméfaction du muscle et des varices musculaires; et celles-ci, comme les varices profondes, comme les dilatations veineuses consécutives à un anévrysme artério-veineux, déterminent seulement un gonflement du membre.

## TUMEURS RÉSULTANT D'UN VICE DE NUTRITION.

---

Les tumeurs des muscles causées par un vice de nutrition, lésions de nutrition comme les appelaient nos devanciers et Laennec, sont des hypertrophies, des ossifications, des tumeurs fibreuses, des tumeurs syphilitiques, des cancers et des tubercules.

### HYPERTROPHIE PARTIELLE ET TOTALE DES MUSCLES.

L'hypertrophie des muscles est fort rare (1), on n'en connaît pas d'exemples bien authentiques pour les muscles de l'appareil locomoteur. Et c'est seulement dans le domaine de la pathologie médicale sur les muscles de la vie animale, que nous trouvons les exemples les plus frappants d'hypertrophie musculaire : ainsi, l'hypertrophie du cœur, soit des oreillettes, soit des ventricules, l'hypertrophie de la couche musculeuse du pylore.

Il y a aussi dans la pathologie spéciale de l'utérus, de la vessie et des intestins, des faits d'hypertrophie musculaire; ainsi il y a un allongement hypertrophique du col utérin (2), des vessies à colonnes; il y a des rétrécissements de l'intestin dus à une hypertrophie de la couche musculaire de ce conduit; trois faits ont été réunis dans la *Pathologie chirurgicale* de M. le professeur Nélaton et dans deux cas empruntés au musée de Hunter (pièces n$^{os}$ 1266 et 1378).

Il y avait réellement une tumeur musculaire (3).

(1) Broca (*Traité des tumeurs*, t. I, p. 140) juge l'hypertrophie musculaire très-rare dans sa classification des tumeurs.

(2) Huguier, *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1859.

(3) Nélaton, *Pathologie chirurgicale*, t. IV, p. 459 et suiv.

Sans vouloir faire entrer les hypertrophies totales des muscles dans les cas de tumeurs des muscles, nous devons citer une affection rare de l'enfance et très-curieuse qui a déjà été observée cinq fois, nous voulons parler du développement énorme d'un ou de plusieurs muscles volontaires, et il a été noté que ces muscles étaient paralysés.

Stofella a publié l'année dernière un article sur ce genre de lésions, qui résume bien la question et qui rappelle les faits connus.

Voici l'observation :

Un garçon de treize ans, bien développé pour son âge, avait les deux muscles des mollets développés au delà du double ; pendant la contraction, ils se gonflaient, formant des tumeurs presque comme le poing ; en même temps, en résistant à la flexion de la jambe, on voyait dans les jarrets une tumeur comme un œuf de poule, entre l'insertion des tendons des semi-membraneux et semi-tendineux d'une part, et du biceps de l'autre. L'articulation tibio-tarsienne des deux extrémités inférieures ne pouvait être fléchie complétement, seulement jusqu'à un angle de 90°, à cause de la tension des tendons d'Achille. Orteils fortement fléchis aux deux pieds. Le vaste externe gauche est plus développé que le droit, et les muscles de la face postérieure des deux jambes ont ceci de particulier, que la portion charnue descend plus bas, que normalement la portion tendineuse est plus faible e plus courte. Aux extrémités supérieures, développement prédominant d chef long et interne des biceps. Les muscles deltoïdes présentent aussi un augmentation de volume assez notable, et cela surtout à la portion claviculaire. Les muscles sacro-lombaires et long dorsal montrent une augmentation d volume et une diminution dans leur contractilité. Le professeur Benedict, d Leipzig, essaya sur ces muscles le courant constant, et trouva que la contractilité électro-musculaire avait disparu sur les muscles hypertrophiés e sur ceux qui ne l'étaient pas ; la sensibilité électro-musculaire était normale seulement un peu exagérée, aux extrémités inférieures et aux muscles d bassin. Par le courant nerveux venant de la moelle, l'excitabilité motrice s montrait exagérée au nerf péronier droit, aux deux nerfs médians et cubi taux, notamment à gauche. Par le courant nerveux ascendant, l'excitabilit motrice était exagérée au nerf médian gauche ; par le courant descendant l'excitation motrice est passagèrement diminuée.

Stoffella cite encore les trois cas connus dans la littératur médicale, du professeur Jaksch, de Berend et de M. Duchenn (de Boulogne), et conclut en se rangeant à l'opinion qui place l'ori gine du mal dans le système nerveux cérébro-spinal. Il rappell un cas semblable d'un garçon de douze ans à la clinique chirur-

gicale de Prague, du professeur Pitha. Les mollets étaient si développés, qu'ils formaient une tumeur comme une tête d'enfant, et la marche n'était possible que les jambes appuyées l'une contre l'autre. Avec cela, l'un des muscles couturier et droit interne était développé d'une manière remarquable. L'hypertrophie musculaire partielle n'affectait ici que les extrémités inférieures (1).

D'autres exemples existent, M. Charcot en a vu deux. Les muscles que M. Bouchard, interne de M. Charcot, a pu examiner, ressemblaient comme aspect à des lipomes (2). Cette lésion, comme l'hypertrophie graisseuse du cœur, n'est en réalité qu'une *surcharge graisseuse.*

On n'a pas trouvé souvent d'hypertrophie musculaire avec génération nouvelle de fibres striées; il y a pourtant un exemple. O. Weber a décrit un cas de macroglossie ou d'hypertrophie de la langue développée chez un sujet à l'âge de quatorze ans, et qui datait de sept ans; le mal était venu à la suite de convulsions, disait le malade. Deux opérations successives avaient été faites, le mal ayant récidivé après une première opération. La seconde opération a exigé un ablation complète de toute la partie tuméfiée, et il paraît, dit O. Weber, que le malade a guéri.

La tumeur examinée contenait des fibres musculaires en voie de développement, comme celles que l'on rencontre chez les embryons de cinq mois, les fibres étaient pourvues de noyaux de 10 à 19,9 millièmes de millimètre. On ne trouvait pas de formes intermédiaires entre ces fibres et les petites cellules rondes ou ovales existant en grand nombre à côté des fibres précédentes (3).

Zenker nous apprend que Wedl a constaté dans les hypertrophies du cœur de simples épaississements des faisceaux primitifs.

(1) Stoffella, *Vierteljahrschrift.* Prague, 1865, p. 57.

(2) Griesinger aurait vu un malade du même genre, mais nous n'avons pu nous procurer le livre où il en est fait mention. *Arch. für Heilkunde.* Erster, 1864. L'article est intitulé: *Uber Muskeln hypertrophie, von* Griesinger.

(3) O. Weber, *Arch. f. path. Anat.*, vol. VII, 1854.

Il cite les auteurs tels que : Hepp, qui a pensé qu'il n'y a pas formation de fibres nouvelles ; Forster, suivant lequel les faisceaux primitifs peuvent augmenter sans que l'augmentation dépasse le volume maximum normal d'un faisceau primitif ; et enfin, il pense qu'il peut bien y avoir hyperplasie musculaire (1), se fondant sur ce que les faits pathologiques prouvent la possibilité de cette néoformation. Zenker s'appuie sur l'opinion de Lebert, soupçonnant l'hyperplasie, parce qu'il n'avait pas vu d'élargissement des fibres primitives et surtout sur celle de Hyrtl, qui n'a pas trouvé de différence dans le volume des faisceaux primitifs d'une jeune fille et d'un athlète ; toutes ces choses sont discutables toutefois, et sauf le cas de O. Weber, nous ne devons pas dire qu'il y a des hypertrophies musculaires dues à la multiplication des fibres primitives des muscles, et à leur néoformation.

Les hypertrophies de la langue, prolongements chroniques, ne nous arrêteront pas. L'étude de cette lésion doit être faite avec les tumeurs de la langue. Le prolongement chronique comprend toujours un peu les muscles de la langue et beaucoup de tissus fibreux. Il est souvent congénital, et l'observation de Weber est le cas le plus remarquable de tumeur musculaire hypertrophique acquise.

Le prolongement chronique de la langue guérit par incision partielle, par ablation avec l'écraseur linéaire. L'observation de Weber ajoute à ce que nous connaissons déjà, une indication chirurgicale, celle de couper autant que possible jusque dans les portions saines, les portions hypertrophiées de la langue, au moins chez les individus chez lesquels le prolongement chronique de la langue est accidentel.

Rattacherons-nous enfin à l'hypertrophie musculaire la tumeur qu'a enlevée M. Sédillot et que nous avons placée parmi les hernies musculaires? cela serait possible. Il serait loisible de penser qu'il y a eu hernie musculaire et consécutivement hypertrophie de la portion musculaire herniée. Mais comme

(1) Zenker, *loc. cit.*, p. 666.

l'observation est à peine détaillée, nous l'avons donnée sous toute réserve.

TUMEURS CAUSÉES PAR L'OSSIFICATION DES MUSCLES.

Sans vouloir actuellement chercher la relation de l'ossification musculaire avec une quelconque des tumeurs musculaires, et avec ce que les pathologistes allemands appellent la dégénérescence cireuse, nous dirons que l'ossification musculaire peut être la conséquence de presque toutes les lésions des muscles, et en cela nous ne faisons qu'appliquer ce qui a été dit du tissu conjonctif et de sa facilité à se transformer en tissu osseux avec ostéoplastes.

On a trouvé dans les muscles des ossifications sous forme de tiges représentant un faisceau primitif de muscle, et l'on est généralement d'accord sur ce fait, que les fibres musculaires s'atrophient, et qu'il se substitue à elles des couches osseuses formées aux dépens d'une organisation osseuse du tissu fibreux, sans état cartilagineux intermédiaire.

Une pièce présentée à la Société anatomique, en 1865, et que nous avons vue, offrait un très-beau type d'ossification du psoas, la forme des faisceaux musculaires était conservée ; c'était, on peut le dire, un muscle comme pétrifié, et l'ossification contenait des ostéoplastes.

Il est bien démontré aujourd'hui que des stalactites osseuses formées autour de vertèbres malades et autour de cals difformes, d'os altérés, peuvent pénétrer dans les muscles, surtout après les fractures esquilleuses. On sait que les cicatrices de muscles divisés au niveau des fractures peuvent renfermer des portions d'os. Nous ne signalerons ces faits que pour mémoire.

Les muscles ont été vus ossifiés dans beaucoup de circonstances.

Voici les faits de la Société anatomique de Paris.

M. Mascarel a présenté à la Société anatomique une ossification du muscle grand adducteur de la cuisse, autour duquel les

fibres musculaires étaient saines. Le présentateur pensait que c'était là un exemple de l'ossification d'une intersection fibreuse accidentelle du muscle (1).

La pièce est déposée au musée Dupuytren.

Une tumeur ostéo-calcaire a été trouvée par M. Broca sur un cadavre en dissection, comme les pièces précédentes. Il s'agissait d'une masse osseuse et calcaire entourée de tissu adipeux circonscrite de toute part par du tissu musculaire, et qui siégeait dans le muscle extenseur commun des doigts (2).

Ce fait se rattache, sans doute, à la cicatrisation d'un foyer purulent ou gommeux. La présence de graisse et de tissus fibreux à côté de l'os autoriserait cette supposition.

Deville a vu trois fois des ossifications dans le psoas à la suite d'arthrite sèche (3).

M. Broca a présenté à la Société une ossification du psoas entourée de tissus lardacés, et qui partait du petit trochanter qui semblait être le siége d'une ostéite (4). M. Broca pensait alors que l'ossification se faisait aux dépens du tissu cellulaire interfibrillaire des muscles.

M. Verneuil a vu une plaque calcaire dans le brachial antérieur chez un malade atteint d'arthrite sèche. A cette occasion M. Foucher disait que l'ossification pouvait être la conséquence d'une ancienne inflammation causée par une fusée purulente (5).

M. Barth a reconnu, sur le vivant, une masse osseuse développée dans le droit antérieur de la cuisse, chez un malade atteint d'arthrite sèche de la hanche; il avait senti au niveau de ce point une tumeur dure. La pièce a été présentée à la Société anatomique (6).

Des observations d'ossifications multiples existent. Nous enregistrons simplement cette observation d'Abernethy, qu'il

(1) Mascarel, *Bull. Soc. anat.*, 1840, p. 396.
(2) Broca, *Bull. Soc. anat.*, t. XXIII, p. 15.
(3) Deville, *Bull. de la Soc. anat.*, 1848, p. 144.
(4) Broca, *Bull. de la Soc. anat.*, 1850, p. 37.
(5) Verneuil, *Bull. de la Soc. anat.*, 1852, p. 176.
(6) Barth, *Bull. de la Soc. anat.*, 1855, p. 3.

avait vu un garçon chez lequel la moindre contusion sur les muscles y faisait naître une exostose.

La mention d'une pièce de la collection du professeur Dubreuil, le squelette d'un Arabe qui présentait des ossifications de plusieurs muscles à leur point d'insertion.

Mais deux observations publiées l'une en 1834, l'autre en 1839, méritent toute notre attention.

Il y a dans le *Compendium* une observation due à David Rodgers, professeur de chirurgie à New-York, et qui a été publiée en 1834 (1).

Cette observation offre un exemple d'ossification successive des muscles du tronc, de bassin et du cou, chez un enfant de treize ans, d'une bonne santé et d'une intelligence très-vive. On trouvera dans le *Compendium* tous les détails des ossifications successives et l'énumération des tumeurs dures qui existaient sur le trajet des muscles.

Ce qu'il y a d'important dans cette narration, c'est que l'enfant est mort une année après, ayant présenté des abcès au niveau des parties où les muscles étaient ossifiés. Le malade était obligé de rester au lit à la suite de l'ossification des muscles qui entouraient le grand trochanter droit.

A l'autopsie, chose remarquable, on a trouvé les ganglions mésentériques augmentés de volume, et une tumeur osseuse du sterno-mastoïdien constatée pendant la vie avait disparu; les tendons des muscles étaient sains.

Devant des cas aussi singuliers, si une hypothèse était acceptable, ce serait que cet enfant était lymphatique, et qu'il avait eu des myosites terminées par ossification.

La seconde observation est celle de MM. Testelin et Dambessi, de Lille. Le lecteur la trouvera exposée avec détail dans la *Gazette médicale* de l'année 1839.

Il s'agissait d'un ouvrier habitant un quartier malsain, soupçonné d'avoir eu des rhumatismes. Bien portant jusqu'à dix-huit ans, il avait été atteint d'une fracture de cuisse à cet âge,

(1) D. Rodgers, *Ossification du tissu musculaire* (*Gaz. méd.*, 1834, p. 347.)

Depuis cet accident, sa santé était moins bonne qu'auparavant. A l'âge de vingt-six ans, il avait eu des difficultés dans les mouvements des membres. En 1834, il avait été pris de fièvre et avait été saigné; en 1839, ce malade était considéré comme infirme, ayant des ankyloses des mâchoires et des roideurs des membres. On voit par ces quelques mots que les antécédents laissaient à désirer.

MM. Testelin et Dambessi ont trouvé des indurations osseuses dans un grand nombre des muscles, entre autres les muscles sterno-mastoïdiens et les pectoraux. Ceux-ci présentaient une dureté osseuse et offraient ceci de particulier, que des faisceaux des muscles apparaissaient comme des côtes saillantes. Le deltoïde était à peu près dans le même état; le malade avait la mâchoire roide, les épaules se mouvaient avec peine.

Le malade a succombé, dit l'observation, à une entérite et à une congestion pulmonaire.

A l'autopsie, on a trouvé les poumons farcis de tubercules. Les muscles du cou, les pectoraux, le triceps brachial étaient ossifiés; il y avait des aiguilles osseuses dans les muscles fessiers; les muscles des gouttières vertébrales étaient presque entièrement ossifiés; le triceps fémoral, le tenseur du fascia lata offraient des portions ossifiées. Ce que présentait de particulier les ossifications, c'est que, dans certains muscles, comme le triceps brachial, la moitié supérieure seulement était ossifiée; le deltoïde était soudé avec la clavicule d'un côté.

L'analyse de la substance osseuse a été faite par M. Poggiale, et il n'y avait que 42 pour 100 de matière terreuse, et 58 pour 100 de matière organisée.

Les auteurs pensaient que l'ossification avait eu lieu d'emblée (1).

Wilkinson, en 1846, a présenté à la Société pathologique de Londres le squelette d'une jeune femme qui avait de nombreuses plaques osseuses, surtout dans les muscles des gouttières sacrées, dans le grand pectoral, le grand dorsal, le

(1) Testelin et Dambessi, *Gaz. méd.*, 1839, p. 171.

rhomboïde. Dans le grand pectoral du col droit, c'était le faisceau sternal surtout qui était ossifié. Le sterno-cléido-mastoïdien droit était aussi ossifié; le biceps et le coraco-brachial du côté droit présentaient des ossifications. Le système artériel était sain ; il n'y avait pas de tubercules dans les poumons.

La malade, à l'âge de huit mois, avait eu de la roideur dans les bras, et des nodosités avaient été trouvées dans le dos. Plus tard, la jeune fille était entrée en service. A dix-neuf ans, elle avait été prise de catarrhe, et à vingt et un ans elle était morte de pneumonie. La mère et la sœur de cette fille étaient mortes phthisiques (1).

Le journal anglais contient une figure qui représente les ossifications, et l'on y remarque que les ossifications du grand pectoral suivent la direction des fibres de ce muscle.

M. Tatum a vu, après M. Hawkins, un cas analogue (2).

Brown, âgé de vingt-deux ans, entra à l'hôpital, dans le service de M. Hawkins, le 18 juin 1843, avec une tuméfaction dans la région dorsale et lombaire, siégeant dans les muscles spinaux et rhomboïde, la première tumeur avait une consistance osseuse, l'autre était molle. Ces tumeurs avaient pris naissance sept jours auparavant, après l'exposition au froid humide après des douleurs rhumatoïdes ; jusqu'à la fin de juillet, d'autres grosseurs apparurent, les unes molles, les autres dures, dans les muscles pectoraux et long dorsal. A la fin d'août, toutes les tumeurs avaient disparu. En octobre, elles étaient revenues plus nombreuses et plus volumineuses. Le 23 novembre, une tumeur osseuse fut extraite, elle était située entre le rhomboïde et le grand dorsal; les fibres de ces muscles étaient comprises dans la production osseuse qui offrait une surface lisse dans le point où elle correspondait à l'omoplate. Par sa partie supérieure, la production osseuse avait été trouvée fixée aux apophyses épineuses des septième et huitième vertèbres dorsales : elle avait 3 pouces de long ; après l'ablation de cette ossification, une hémorrhagie a eu lieu, mais la plaie a néanmoins guéri promptement. Pendant quatre ans, des tumeurs parurent dans les muscles du tronc et du cou ; les tumeurs, d'abord molles, croissaient rapidement, puis devenaient dures et finissaient par disparaître ou laisser un dépôt osseux. De 1843 à 1859, les ossifications avaient augmenté lentement et roidissaient le tronc et les épaules.

Au mois de juin 1859, M. Tatum a vu le malade à l'hôpital Saint-George, de grosses masses osseuses comblaient les gouttières vertébrales du sacrum

(1) Wilkinson, *On the conversion of large muscles into bone* (*Lond. med. Gaz.*, 1846, vol. XXXVIII, p. 993).

(2) Tatum, *Holmes Coote a system of surgery*, p. 536.

à l'occipital, ce qui causait une ankylose des vertèbres et des côtes. Le grand dorsal, les deux côtés, à leur bord externe surtout, les muscles des parties latérales du cou, le grand dentelé, les rhomboïdes, les deux grands pectoraux étaient ossifiés, des tumeurs suivaient le trajet de leurs fibres; le sterno-mastoïdien et le sterno-hyoïdien étaient aussi ossifiés. Les côtes étant immobilisées de la sorte, la respiration se faisait parle diaphragme; la déglutition était gênée. Une tuméfaction sous le menton avait ramené le malade à l'hôpital; c'était une ossification du myloïdien et du génioglosse qui commençait.

M. Tatum dit, à la fin de l'article où il rapporte son observation, qu'il a fini par guérir son malade. Il est regrettable que toute l'observation ne soit pas donnée pendant le traitement.

M. Skinner, de Manchester, a vu un fait de ce genre en 1861 : Un enfant, vers l'âge d'un an, avait eu une tumeur à la nuque, qui avait disparu au bout d'une semaine. Une autre tumeur s'était montrée au niveau de l'épaule. Trois semaines plus tard, les bras devenaient tellement rigides, que le malade ne pouvait s'en servir. Dans le cours de l'enfance, des tumeurs s'étaient formées successivement sur différents points du corps, surtout au thorax et le long de la colonne vertébrale. Les articulations des épaules étaient immobilisées. L'avant-bras était également immobilisé sur le bras. L'abdomen et les membres inférieurs étaient bien développés.

L'enfant avait alors six ou sept ans; c'est à cette époque que M. Skinner l'a vu.

Le grand pectoral était ossifié. Une ossification occupait la partie inférieure du triceps, à droite et à gauche, mais sans symétrie absolue; une tumeur osseuse, ayant la forme d'un œuf de pigeon, existait à la nuque, dans l'épaisseur du trapèze. Il y en avait une à la pointe de l'omoplate.

Une tumeur du volume d'un œuf existait sur le long dorsal.

Enfin on rencontrait encore une production osseuse du volume d'une noix dans le tendon d'Achille (1).

L'enfant était d'ailleurs d'une bonne santé. L'iodure de potas-

(1) *Gaz. méd.*, 1862, et *Case of ossification of the muscles* (*Lond. med. Gaz.*, 1861, t. I, p. 413).

sium administré à l'enfant n'a produit aucun effet. Il a été perdu de vue.

Les ossifications, bien démontrées en fait, ont été étudiées théoriquement.

L'opinion de M. Meyer, rapportée par Forster, sur les ossifications et calcifications des muscles, est la suivante :

Elles peuvent être, dit l'auteur, des concrétions des cicatrices musculaires ; des concrétions dans des kystes, ayant autrefois contenu des cysticerques ; des concrétions dues à la substitution d'éléments conjonctifs à la fibre musculaire en régression (1). Cette opinion moderne n'est que le résumé de toutes celles qui se sont produites antérieurement.

On trouve encore dans Forster cette autre manière de voir pour des cas spéciaux d'ossification musculaire que, suivant MM. Billroth et Hawkins, on peut constater même sur le vivant par une tumeur dure. C'est ce que ces auteurs appellent l'*os d'exercice*. Il en existerait un dans le deltoïde chez des fantassins et un dans les adducteurs de la cuisse chez les cavaliers, et ils seraient dus à un état d'irritation des muscles de l'épaule ou des cuisses, entretenu par la pression du fusil chez les hommes de l'infanterie, et par le frottement des cuisses sur la selle chez les cavaliers. Nous ne sommes pas persuadé qu'il y ait quelque chose de régulier dans ce genre chez nos soldats.

Virchow dit, dans son récent livre sur les tumeurs, qu'il a vu une seule fois une ossification du deltoïde chez un malade convalescent d'une endocardite rhumatismale et ne se prononce pas davantage.

L'opinion française sur les ossifications musculaires a été formulée à la Société anatomique depuis 1848. MM. Deville, Broca, Verneuil et Houel pensent que l'arthrite sèche est le point de départ de la plupart des ossifications musculaires observées chez nous.

M. Mascarel a été d'avis que les ossifications musculaires étaient des ossifications de cloisons fibreuses hypertrophiées.

(1) Meyer, dans Forster, *Handbuch der path. Anat.*, liv. III, p. 1016 et suiv.

Toute la Société anatomique, du reste, était d'avis que c'est le tissu cellulaire interfibrillaire qui s'ossifie.

En 1825, M. Rayer, de son côté, avait pensé que l'ossification pouvait reconnaître pour origine une inflammation.

Enfin, Forster ne serait pas éloigné de penser que l'exercice exagéré d'un muscle peut produire des ossifications partielles; et il s'appuierait sur les faits d'ossification du cœur et des muscles toujours actifs, comme le diaphragme.

Aucune théorie n'a été émise à l'égard des faits d'ossifications multiples. Quelques-uns des observateurs ont voulu généraliser avec l'observation qu'ils possédaient. Ainsi, MM. Testelin et Dambessi n'ont pas hésité à mettre la singulière maladie qu'ils ont vue sur le compte du rhumatisme.

Il n'y a pas assez de faits pour juger la question, et surtout un élément principal fait défaut : l'examen de l'état général du malade et de ses antécédents.

Cette maladie bizarre, qui dans deux cas au moins s'annonçait par un gonflement douloureux, maladie qui frappe de jeunes sujets, serait-elle une manifestation tardive de syphilis héréditaire, une marque de rhumatisme ou de scrofule? Une supposition de ce genre n'est pas inadmissible, quoiqu'elle soit loin d'être prouvée.

S'il fallait donner un appui à l'hypothèse, ne serait-il pas possible de rapprocher, dans deux cas au moins, le mode de production de la lésion de celui des altérations syphilitiques des muscles?

Un des malades avait des tubercules du poumon qu'on n'avait pas reconnus. Un autre avait des ganglions mésentériques engorgés. Avaient-ils des scrofules, ou des tubercules, l'un du poumon, l'autre des glandes lymphatiques?

Le genre de vie du malade de MM. Testelin et Dambessi ne les autorisait-il pas à faire la supposition d'une origine rhumatismale?

Nous savons tous ce que cette interprétation, fondée sur quelques analogies, a de peu certain, et nous ne prétendons pas la faire accepter ; nous la donnons afin de ne point nous satisfaire de ce mot vide qui définit la chose par la chose elle-même : l'ossification musculaire diathésique.

Les muscles de la vie animale, comme le cœur et comme le muscle mixte, le diaphragme, ont été aussi surpris par l'ossification.

Colombus, Bonnet, Veslingius, Bœrhaave, Morgagni, Corvisart, Burns, Andral et beaucoup d'autres ont vu des ossifications du cœur.

Lieutaud a déjà parlé d'une ossification du diaphragme (1).

Des ossifications partielles des corps fibreux de l'utérus et de cet organe ont été admises. Il y a eu surtout un bel exemple d'ossification partielle de l'utérus observé par F. Lee (2).

Ce ne sont pas les muscles seuls qui s'ossifient, leurs tendons aussi subissent la transformation. Cela se voit dans l'arthrite sèche, dans l'arthrite goutteuse.

Dans l'observation de Skinner, en même temps qu'il y avait des ossifications dans le corps des muscles du tronc, il y en avait une dans le tendon d'Achille.

D'autres ossifications des tendons se produisent en vertu d'une disposition pour ainsi dire physiologique. On sait que des jetées osseuses pénètrent dans quelques tendons à leur insertion sur les os, ainsi que cela se voit pour le tendon rotulien, par exemple. Cette disposition naturelle peut être exagérée, et M. Virchow a donné le dessin des os d'un membre inférieur d'un sujet qui avait présenté 120 exostoses dont plusieurs à des insertions tendineuses qui s'étaient produites, il est vrai, avec douleur et fièvre; le malade avait été observé par Ébert (3).

Dans beaucoup de cas, les ostéophytes musculaires passent inaperçus lorsqu'ils se développent autour d'articulations atteintes d'arthrites sèches. En principe, lorsqu'ils sont appréciables, on les reconnaît aisément parce qu'ils se développent dans un muscle près de son attache au voisinage d'une articulation malade.

Les ossifications dites d'exercice ne sont reconnues que très-accidentellement, car elles naissent sans provoquer de douleurs.

(1) Lieutaud, *Hist. anat. méd.*, t. II, p. 99, obs. 702.
(2) F. Lee, *Clinical Reports of uterine and ovarian diseases*, p. 176
(3) Virchow, *Die Krankaften Geschwulste,* II Band, I halfte, p. 86.

Les ossifications qui suivent un rhumatisme ne sont pas précédées de douleurs musculaires vives, puisque aucun fait ne les signale. Les ossifications dites rhumatismales, même d'un seul muscle, sont rares.

Les ossifications multiples ont toujours été reconnues, d'abord parce qu'elles donnaient lieu à des tumeurs dures sur le trajet d'un muscle ou d'une couche de muscles, et que, au moins dans l'observation de M. Tatum, des douleurs assez vives existaient aux points malades. Les observations qui rappellent l'histoire de jeunes enfants ne font pas mention de douleurs vives, le mal s'annonce par des tumeurs musculaires mal définies et qui peuvent disparaître. On voit ensuite apparaître de la roideur musculaire.

Les accidents consécutifs des ossifications multiples, sont une atrophie des muscles coïncidant avec le développement régulier des membres inférieurs encore intacts. C'est encore l'immobilisation d'une ou de plusieurs articulations. Enfin, lorsque le malade est couché, les points où il repose sur son lit peuvent être comprimés de dedans en dehors par le muscle durci, ce qui cause des abcès et des gangrènes de la peau; c'est ce qui est arrivé au malade de Rogers, dont l'histoire a été rapportée dans le *Compendium de chirurgie*.

Il a toujours été aisé jusqu'ici de distinguer les ossifications des tumeurs cancéreuses, parce que les premières tumeurs n'altèrent pas la santé générale pendant longtemps. Les tumeurs syphilitiques ne sont jamais aussi multipliées que l'ont été les tumeurs osseuses, qui d'ailleurs n'ont été vues que sur de jeunes sujets. Toutes les tumeurs solitaires des muscles ne seront pas confondues avec les ossifications multiples, par le seul fait de la multiplicité de ces dernières.

Les exostoses multiples diffèrent des ossifications multiples par leur siége.

Des cinq faits bien connus, il résulte, au total, que le diagnostic a toujours été fait. La connaissance des cas que nous avons réunis sera donc, on le voit, une garantie de la sûreté du diagnostic toutes les fois que l'on sentira une dureté osseuse

dans plusieurs muscles, et toutes les fois qu'il s'agira de jeunes sujets au-dessous de vingt ans.

Un seul point mérite ici de nous arrêter: les myosites non suppurées ou les myosites en voie de résolution sont caractérisées, ainsi que l'a très-bien fait remarquer M. Fischer, par une induration ligneuse des muscles. Cette sensation de dureté pourrait être confondue avec l'ossification, mais dans la myosite il y a douleur, quelquefois rougeur de la peau, puis le muscle tout entier est généralement pris ; il y a un état de tension du muscle, une sorte de rétraction qui immobilise une partie, ou la tient dans une position fixe ; dans la myosite aiguë, il y a de la fièvre.

Mais lorsque, comme dans l'observation due à M. Tatum, il y a des douleurs, de l'empâtement d'un muscle, le diagnostic est plus difficile ; cependant, il faut bien le dire, dans ce cas particulier, il y avait deux choses : les productions osseuses semblaient avoir été précédées d'une poussée inflammatoire ; les bons effets des sangsues justifièrent cette proposition.

Le *pronostic* des ossifications dues à la substitution du tissu osseux au tissu musculaire après des arthrites sèches n'est pas très-grave ; il ajoute un élément de plus à la roideur articulaire.

Le pronostic des ossifications multiples est plus grave, puisque sur cinq malades, deux sont morts de complications intérieures il est vrai, et un troisième a été dix années de sa vie infirme ; des deux autres malades on ne peut rien dire, ils ont été perdus de vue.

Contre les ossifications multiples des muscles, beaucoup de *traitements* variés ont été mis en usage. M. Rodgers a employé les préparations mercurielles unies à la salsepareille, l'acide nitrique et l'acide sulfurique, le carbonate de fer et l'iode, sans succès.

MM. Hawkins et Tatum ont employé les sangsues appliquées localement sur les tumeurs, et à l'intérieur la teinture de colchique ; l'iodure de potassium, 50 à 70 centigrammes dans la tisane de salsepareille. Le mercure a été aussi employé, 10 centigrammes de calomel et 1 centigramme d'opium, trois fois par

jour. Puis on a donné de l'acide phosphorique pendant six semaines, 2, puis 4 grammes par jour.

Une ossification a été enlevée par M. Hawkins, et il n'est pas dit que l'ossification ait reparu là où avait été faite l'opération. M. Tatum rapporte que le malade a fini par guérir, c'est-à-dire qu'il ne s'est plus formé de nouvelles ossifications.

Skinner nous apprend que l'iodure de potassium avait été donné à son petit malade, mais il ne dit pas comment, et l'on ne peut juger la valeur de notre meilleur médicament altérant contre les ossifications des muscles. Malgré cela, nous n'hésitons pas à l'affirmer, c'est encore en ce médicament que nous aurions le plus de confiance.

Un exemple prouve que les ossifications des muscles peuvent être enlevées; on le voit dans l'observation anglaise (p. 61). Est-ce là une indication? Certes, s'il n'y avait que deux ou trois ossifications, si une ou deux ossifications étaient gênantes, l'expérience de M. Hawkins autoriserait une opération. Des jetées osseuses pourraient être reséquées au voisinage des insertions sur les os. Enlever, au contraire, un grand nombre d'ostéophytes musculaires pourrait être un danger, à moins peut-être de les enlever successivement.

## TUMEURS FIBREUSES DES MUSCLES.

On étudie dans la pathologie médicale la transformation fibreuse des muscles : c'est quelque chose d'analogue à l'ossification musculaire moins les tumeurs; mais la chirurgie n'a rien à voir à cette altération, si ce n'est comme conséquence de lésions constituées par des tumeurs. C'est ce que nous verrons en parlant des tumeurs syphilitiques.

Deux organes presque exclusivement musculaires ont présenté des tumeurs fibreuses, la langue et l'utérus; on n'a pas encore rencontré de tumeurs fibreuses dans les autres muscles. Les observations de M. Teevan, qui ont pour titre : *Fibrous tumour*, sont ou des cancers fibro-plastiques ou une tumeur hématique,

ce sont les observations n$^{os}$ 22, 23, 24, 25 ; nous avons vérifié aux sources dans les journaux anglais.

M. Lebert a présenté à la Société anatomique une tumeur fibreuse du vaste interne enlevée par M. Denonvilliers. Tout porte à croire, eu égard aux opinions de M. Lebert sur les tumeurs fibro-plastiques à cette époque, qu'il s'agissait d'une de ces dernières productions (1).

Deux tumeurs fibreuses de la langue ont été observées : de ces tumeurs, l'une enlevée par M. A. Richard, était pédiculée et ramifiée, elle occupait le bord droit de la langue près de la pointe, la tumeur datait de quinze ans, elle avait débuté par une petite grosseur aplatie sur le bord de la langue. Il est dit dans l'observation :

Que la tumeur examinée par M. Robin ne renfermait que des tissus fibreux ; et « une particularité importante au point de vue de l'opération, c'est l'enkystement de la portion intra-linguale de la tumeur, d'où sa facile énucléation (2). »

La forme de la tumeur à l'origine, sa facile énucléation, font supposer que cette tumeur fibreuse de la langue est simplement une production de la muqueuse linguale.

La courte observation de M. Notta (3) apprend qu'une tumeur fibreuse avait été jugée syphilitique et traitée par l'iodure de potassium donné à l'intérieur ; que, au bout d'un mois, la tumeur n'ayant pas diminué, le chirurgien a incisé la muqueuse sur la tumeur et a pu énucléer la production fibreuse avec facilité.

Dans ce cas, la tumeur était vaisemblablement sous-muqueuse, et il y avait tumeur fibreuse dans la langue, comme il y a des corps fibreux dans l'épaisseur des parois de l'utérus.

Les corps fibreux de l'utérus sont les véritables types et pour ainsi dire uniques de tumeur fibreuse du tissu musculaire. M. Lebert en a établi la nature pseudo-musculaire en 1852, devant la Société de biologie, ce qui mettait les corps fibreux en relation avec la génération physiologique d'éléments musculaires dans

(1) Lebert, *Bull. Soc. anat* , 1844, vol. XIX, p. 78.
(2) A. Richard, *Tumeur fibreuse de la langue* (*Gaz. des hôp.*, 1855, p. 453.
(3) Notta, *Gaz. des hôpit.*, 1856, p. 468.

l'utérus et les faisait dépendre d'une erreur de formation ou d'une disparition incomplète, à l'époque où ils devaient cesser d'exister.

Nous renvoyons le lecteur aux traités spéciaux des maladies de l'utérus et de la langue pour les détails de l'histoire de ces lésions.

Il y a quelques faits de tumeur fibreuse des tendons, ce sont les indurations fibreuses ou qu'on rencontre quelquefois sur les tendons des doigts, et qui constituent ce que M. Nélaton a appellé les doigts à ressort (1); les nodosités des tendons pourraient aussi être considérées comme des tumeurs fibreuses. Mais il convient de les rattacher à la syphilis des tendons ; on trouvera ces faits plus loin.

Warren a parlé de tumeurs fibreuses des tendons. Il dit avoir vu un clerc d'écrivain qui avait une tumeur sur le trajet du tendon du biceps crural en arrière du genou. Sans doute il s'agit là d'un kyste synovial. Il n'y a pas eu d'opération. ni d'autopsie faites.

Le même auteur parle d'une dame qui était atteinte d'une tumeur dans le tendon du droit antérieur de la cuisse. Une opération a été faite, la tumeur située en arrière du tendon s'engageait entre les muscles ; mais le mal a récidivé, c'était un cancer (2).

LIPOMES DES MUSCLES.

Sauf deux cas de lipomes de la langue, dont un est un lipome fibreux, il n'y a jamais eu de lipome dans la gaîne d'un muscle; déjà les lipomes dans les interstices musculaires sont rares.

Le premier cas de lipome fibreux de la langue a été reconnu et enlevé par M. Laugier ; la tumeur située sur la partie antérieure et latérale droite de la langue a été extirpée par une incision longitudinale sur la muqueuse, et elle a été facilement énuclée, car elle ne tenait un peu fortement aux parties voisines qu'à la partie médiane de la langue.

(1) Nélaton, *Path. chir.*, t. V, p. 90 et 95.
(2) Warren, *loc. cit.*, p. 90 et 95.

Le second cas était celui d'un lipome tout à fait superficiel, situé sur la pointe de la langue, mou, un peu lobulé et que M. Follin a diagnostiqué. La tumeur a été présentée cette année à la Société de chirurgie et à la Société anatomique (1).

Ce dernier lipome ne peut pas être considéré comme une tumeur musculaire. Le premier peut être envisagé de son côté comme un lipome né dans l'interstice des muscles de la langue.

### TUMEURS SYPHILITIQUES DES MUSCLES.

Les tumeurs syphilitiques ou gommes des muscles sont des accidents tertiaires de la syphilis.

Astruc (2) avait entrevu la syphilis musculaire. « Si, disait-il, la substance musculaire est infiltrée de virus et qu'elle s'arrête dans les vaisseaux, elle y causera des ganglions ou petites tumeurs, qui, en retardant le cours du sang, donneront lieu à une douleur rhumatismale tensive, pulsative, avec gonflement manifeste et inflammatoire. »

Cette phrase, dont les termes ont vieilli, a été la première exposition de l'histoire des tumeurs syphilitiques des muscles. M. Lagneau n'a guère fait que reproduire avec plus de simplicité ces assertions d'Astruc.

Dans les éditions successives de sa *Chirurgie*, Boyer parlait d'un engorgement dur et en apparence squirrheux de la langue causé par un virus vénérien. « Cet engorgement, disait-il, occupe l'épaisseur de la langue, et quelquefois son bord et sa pointe en sont seuls préservés. Sa surface présente ordinairement une ou plusieurs fentes plus ou moins profondes, mais qui ne versent aucune humeur. Il n'attaque jamais que les personnes qui ont eu la vérole et qu'on a mal guéries. Il n'est point douloureux, il gêne seulement la mastication et la parole; j'ai plusieurs fois observé cette maladie, je suis toujours arrivé à la guérir en imposant aux malades un traitement antivénérien général (3). »

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1866.
(2) Astruc, *Traité des maladies vénériennes*, 1774, t. IV, p. 46.
(3) Boyer, *Traité des mal. chir.*, 1834, t. VI, p. 324.

Lisfranc, 1842, a décrit des nodosités des tendons curables par l'iodure de potassium (1).

Ph. Boyer et M. Ricord, 1842, ont ensuite vu chez des syphilitiques des muscles indurés avec contractures.

En 1845, Salomon a publié un travail dans un recueil allemand (2), où il étudie des tumeurs des muscles qu'il met sur le compte de la syphilis.

Il parle de tumeurs petites, lentes à se développer, pouvant acquérir le volume d'un œuf de colombe. Ces tumeurs peuvent, dit-il, acquérir de la mollesse et de l'élasticité. Arrivées à ce point, elles grossissent rapidement, contractent des adhérences intimes avec le muscle dans lequel elles se creusent une cavité, puis la peau se colore en rouge au bout de plusieurs années, quelquefois la tumeur se ramollit entre les bosselures. Il se développe de la fluctuation dans les points ramollis, ceux-ci s'ouvrent et donnent issue quelquefois à de la matière dure, quelquefois à une sanie fétide mélangée de grumeaux sanguins Cette suppuration peut entraîner les malades au tombeau.

La maladie, suivant M. Salomon, atteignait de préférence le sterno-mastoïdien, et se présentait chez les individus âgés de plus de trente ans. Elle pouvait être sous la dépendance d'une cachexie syphilitique ou dartreuse, et était peut-être liée à l'emploi inopportun des mercuriaux.

Le travail de M. Salomon était, de toute évidence, le reflet des idées françaises.

Salomon a attribué à la syphilis quatre tumeurs du sterno-mastoïdien.

Voici en quelques mots une observation de guérison d'une de de ces tumeurs ; les autres malades atteints d'un mal analogue sont morts. Le malade était franchement syphilitique et avait subi des traitements mercuriels pour des chancres.

Une tumeur existait dans la direction du muscle sterno-mastoïdien depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à la clavicule, elle

(1) Lisfranc, *Gaz. des hôp.*, 1842, p. 611.
(2) Salomon, in *Casper's Voschenschrift*, 1845, et *Archives de méd.*, 1846, t. XI, p. 100.

présentait des bosselures et des points ramollis ; on avait placé, sur l'avis de Langenbeck, un séton volumineux, et on avait administré du soufre doré, de la ciguë et des bois sudorifiques, de la teinture d'iode à l'intérieur. Pendant le cours du traitement, on avait vu le sterno-mastoïdien roide comme une planche, des frictions avec la pommade stibiée ont fait disparaître la dureté du sterno-mastoïdien ; mais il restait encore une tumeur au niveau de l'apophyse mastoïde et une vers la clavicule; les deux tumeurs ont fini par suppurer, et le malade a pu être considéré comme guéri (1).

Le rédacteur des Archives croit que Salomon a décrit des tumeurs cancéreuses, il conserve des doutes sur la nature de la maladie dont nous avons reproduit l'observation. M. Parmentier croit qu'il s'agissait de cancers. Nous partageons l'avis du rédacteur des Archives, seulement nous faisons un grand cas de l'antécédent syphilitique du malade dont il vient d'être question, et de la diminution des tumeurs.

En 1846, M. Bouisson a publié dans la *Gazette médicale* un mémoire sur les tumeurs syphilitiques des muscles et de leurs annexes (2). Il a donné cinq observations : l'une de tumeur syphilitique du sterno-mastoïdien, l'autre du muscle vaste interne, une d'une tumeur du tendon d'Achille, et deux tumeurs syphilitiques de la langue.

Voici les points capitaux des observations :

1° Homme âgé de quarante-deux ans. Tumeur de la langue grosse comme une noisette, exactement située sur la partie moyenne de la langue, dans l'épaisseur de laquelle elle est située. Sur un autre point de l'organe, une tumeur perforante dans laquelle un stylet pénétrait à une profondeur de 1 centimètre ; traces de syphilides sur le corps; ulcérations sur le nez; point de douleurs lancinantes dans la tumeur. Des affections vénériennes pendant la jeunesse.

(1) *Archives de médecine*, 1846, t. XI, p. 100.
(2) Bouisson, *loc. cit.*

Amélioration par le muriate d'or, un seizième de grain par jour.

2° Homme âgé de quarante-cinq ans. Tumeur de la langue; à la base du côté droit, trois ulcérations sur une induration; langue gonflée à la base dans toute son épaisseur.

Chancres et bubons, écoulements dans la jeunesse. Six ans avant l'entrée à l'hôpital, nécrose des os du nez, perforation de la voûte palatine, malgré le traitement par la liqueur de van Swieten et l'iodure de potassium. Six mois avant l'entrée à l'hôpital, gonflement de la langue.

Amélioration, puis guérison par le muriate d'or, 5 centigrammes dans 180 grammes d'eau, une cuillerée tous les jours, puis par les pilules de calomel et de jusquiame.

Durée du traitement, soixante-onze jours.

3° Homme âgé de vingt-deux ans. Tumeurs des tendons d'Achille avec douleurs et difficulté de la marche.

Tumeur du volume d'une noix au niveau de l'insertion du tendon d'Achille sur le calcanéum, plus large vers l'extrémité du tendon. La tumeur, dure à sa base, ressemblait à une exostose. Douleurs la nuit, douleurs pendant les mouvements; pas de changements de coloration à la peau.

Blennorrhagies et deux bubons traités par un charlatan à dix-neuf ans.

Pilules de Sédillot, sirop de salsepareille, frictions mercurielles. Une tumeur a disparu; l'autre est diminuée des deux tiers. Quarante jours de traitement.

4° Malade âgé de trente-huit ans. Tumeur à la partie inférieure et externe de la cuisse gauche, du volume du poing, médiocrement douloureuse. « Sa position, son degré de profondeur et l'action qu'exercent sur elles les contractions du muscle vaste externe, indiquent que cette portion du triceps est son véritable siége. » Douleur parfois la nuit.

Chancres et maladies syphilitiques non désignés antérieurement; exostose du tibia.

Iodure de potassium à dose progressive de 50 centigrammes à 2 grammes par jour; frictions avec la pommade d'hydriodate de

potasse. Du quinzième au vingtième jour, diminution de moitié dans la tumeur. Trente-quatre jours de traitement. Le malade sort en voie de guérison; il doit prendre encore pendant un mois de l'iodure de potassium.

5° Homme de cinquante-cinq ans. Tumeur sur la partie antérieure du cou, dont la partie la plus volumineuse correspondait au sternum, et avait le volume d'une orange. Les deux muscles sterno-mastoïdiens étaient triplés de volume. Dureté de la tumeur. Pas de douleur à la pression. Douleurs spontanées sourdes.

Blennorrhagie et orchite dans la jeunesse. Plus tard, chancres au gland. Éruption syphilitique du cuir chevelu, puis ulcération du voile du palais traitées par la liqueur de van Swieten. Récidive de l'ulcération du voile du palais après guérison apparente. Signes de phthisie laryngée, pour laquelle des préparation d'or et le régime lacté ont été donnés. Après une guérison apparente, la tumeur a paru au cou.

Frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse, iodure de potassium à la dose de 50 à 75 centigrammes. Un mois après, la tumeur a disparu. Traitement par l'iodure de potassium pendant un mois après la guérison.

En 1851, M. Nélaton a fait une leçon sur les tumeurs syphilitiques des muscles au point de vue clinique (1). Nous aurons beaucoup à prendre dans cette leçon, qui est la meilleure étude pratique que nous possédions sur ce sujet. Nous verrons plus loin l'observation de la tumeur qui a été l'occasion de la leçon, et qui siégeait dans le mollet.

Plus tard, en 1858, Robert, à propos d'un malade que nous avons observé nous-même dans son service où nous étions interne, a fait aussi une leçon sur les tumeurs syphilitiques des muscles (2).

Un malade, atteint manifestement de syphilis avec syphilides squammeuses de la peau, avait présenté une tumeur du muscle

(1) Nélaton, *Gaz. des hôp.*, 1851, p. 349.
(2) Robert, *Conférences de cliniques*, p. 114. Paris, 1860.

soléaire qui a disparu sous l'influence du traitement par l'iodure de potassium.

La même année, M. Lagneau fils étudiait en deux articles les tumeurs syphilitiques de la langue, où l'on trouve les observations publiées antérieurement et quelques observations inédites. Ce qu'il y a de plus important dans ce travail, c'est la possibilité de tumeurs syphilitiques multiples de la langue, et de tumeurs formées par des indurations, suivant le trajet d'un muscle (1).

En 1858, la *Gazette des hôpitaux* a publié une note sur un cas de tumeur syphilitique du muscle sterno-mastoïdien observé par M. Nélaton (2).

Enfin, en 1859, M. Fischer a fait paraître dans l'*Union médicale de la Gironde* (3) un mémoire sur la myosite. Des pages sont consacrées à l'étude de la myosite syphilitique, et, dans ce travail, à propos de la myosite spontanée, on retrouve des observations anciennes de Vallerand de la Fosse qui pourraient bien n'avoir été que des myosites et des tumeurs syphilitiques.

Dans un cas, le biceps était le siége de la maladie et formait une tumeur dure et allongée.

Dans un autre cas, la tuméfaction portait sur le jumeau externe (Vallerand de la Fosse, *du Rhumatisme*, thèse de Paris, 1815) :

Deux endroits où l'on a vu des tumeurs syphilitiques.

Enfin, M. Fischer cite une observation de Mel. Robert, où l'origine du mal était réellement syphilitique, et où le tendon du biceps présentait un épaississement volumineux.

On le voit, nous sommes assez riches en documents sur les tumeurs syphilitiques des muscles.

M. Bouisson a donné quelques renseignements anatomo-pathologiques sur les tumeurs syphilitiques des muscles. Celles que j'ai examinées, dit-il, occupaient le grand fessier et le trapèze.

(1) Lagneau fils, *Tumeurs syphilitiques de la langue* (*Gaz. heb.*, 1859, p. 499).
(2) *Gazette des hôpitaux*, 1858.
(3) Fischer, *De la myosite* (*Union médicale de la Gironde*, n$^{os}$ de janvier et février 1859.

On voyait dans l'un une matière grisâtre d'apparence fibrineuse, fortement adhérente aux fibres musculaires et formant une tumeur circonscrite. Dans le trapèze, la maladie semblait plus avancée; la tumeur avait un aspect semi-cartilagineux. M. Ricord avait vu un peu mieux les choses : des masses tuberculeuses, jaunâtres, dures, criant sous le scalpel, dépourvues de vaisseaux; les fibres musculaires étaient dégénérées (1).

Lebert a décrit ainsi les tubercules syphilitiques du cœur :

« Les tumeurs étaient élastiques; leur couleur variait du jaune pâle au jaune rougeâtre; elles étaient infiltrées d'une petite quantité de liquide se troublant. Leur consistance était homogène et elle présentait des vaisseaux en quelques endroits. Le microscope fit reconnaître des petites cellules de un cent vingtième de millimètre à un centième de millimètre, ayant un noyau rond et entourés d'une substance finement granulée; enfin, on trouve un grand nombre de corpuscules fibro-plastiques (2) ».

C'est cette observation qui avait poussé MM. Maisonneuve et Montanier à admettre une dégénérescence fibro-plastique syphilitique.

Les recherches micrographiques de Virchow ont bien éclairé l'histologie pathologique des tumeurs syphilitiques des muscles, et surtout la nature des tumeurs syphilitiques du cœur.

M. Virchow a pu étudier un malade syphilitique. A l'autopsie, il a trouvé la cloison interventriculaire d'un cœur dégénéré.

Au-dessous de l'endocarde, il y avait dans le ventricule gauche du tissu conjonctif relativement mou, très-vasculaire et comme œdémateux. Dans ce tissu, on trouvait des tubercules arrondis ou aplatis, d'une consistance sèche, résistante, caséeuse. M. Virchow considère cette lésion comme une cicatrice.

Dans le tissu musculaire de la cloison interventriculaire, il y

(1) Ricord, *Gaz. des hôpit.*, 1845, n° 101. Dans son *Iconographie*, M. Ricord figure ce qu'a décrit M. Bouisson, et il appelle cet état la dégénérescence plastique, pl. XXVIII *bis*, fig. 1.

(2) Lebert, *Anat. path.*, t. I, pl. LVIII, fig. 5.

avait sous l'endocarde épaissi des tubérosités plates, arrondies ou anguleuses, en partie isolées et en partie réunies par groupes. Ces tubérosités étaient formées par un tissu jaunâtre, sec, dense et homogène. Le tissu musculaire, qui était pâle et avait subi la dégénérescence graisseuse, pénétrait entre les callosités et les tubérosités, mais il avait disparu en grande partie.

Les faisceaux musculaires en plusieurs points étaient striés en jaune et présentaient une apparence de dégénérescence graisseuse. (A part la segmentation des fibrilles, on voit que l'état des muscles autour des productions gommeuses ressemble assez bien à ce que M. Zenker a décrit sous le nom de dégénérescence cireuse. (1)

Lebert, Broca et Verneuil ont, à plusieurs reprises, cherché quelle était la nature des gommes, et ces anatomistes ont été d'avis que c'étaient des exsudations qui se faisaient dans l'interstice des faisceaux musculaires et des fibrilles primitives, c'est-à-dire aux dépens du tissu conjonctif interfibrillaire.

Au point de vue de l'histologie, les gommes des muscles seraient, comme les autres gommes, un composé de cellules de noyaux ovoïdes, de fibres plastiques et de corps fusiformes (2), au milieu d'une matière amorphe granulo-graisseuse susceptible de devenir plus tard gélatineuse.

M. le professeur Robin, de son côté, a trouvé en outre, dans les gommes, des corps spéciaux qu'il appelle des cytoblastions (3).

Nous ne discuterons pas, d'ailleurs, toutes les autres opinions ; celles de M. Ricord, qui a pensé un moment que les gommes des muscles étaient une transformation de la fibre musculaire; ni l'opinion qui fait naître les tumeurs des muscles sur leur gaîne ou l'enveloppe des muscles. M. St-Aroman, par exemple, disait que les tumeurs gommeuses de la langue se développaient sous la muqueuse (4).

(1) Virchow, *De la syphilis constitutionnelle.* Paris, 1860, traduction française, p. 107 et suiv.

(2) *Soc. anat.*, 1851, t. XXVI, p. 139, et t. XXX, 1855, p. 97.

(3) Note de M. Robin in Van Oordt, thèse de Paris, 1859, p. 49.

(4) Saint-Aroman, thèse de Paris, 1843.

*Évolutions des tumeurs gommeuses.* — Les tumeurs gommeuses naissent quelquefois après une myosite syphilitique; cela semble ressortir de plusieurs observations, seulement la myosite a, dans ce cas, une forme chronique.

La tumeur met généralement un temps très-long à se développer, toujours plusieurs mois; elle est d'abord dure, mal limitée, puis mieux circonscrite. Arrivée à un certain degré, elle peut rester stationnaire pendant une période de temps qui varie même de six à huit ans, comme l'a indiqué M. Nélaton.

Dans quelque cas, en même temps qu'elle se développe, la tumeur peut se ramollir. Un peu de lymphe plastique se répand dans le tissu cellulaire et la tumeur adhère à la peau et peut s'ouvrir à l'extérieur. Pendant un service passager à l'hôpital du Midi, nous avons vu une gomme de la langue qui occupait sa base et avait à peu près le volume d'une noix. Cette tumeur était molle, et nous ne pouvons mieux comparer la sensation éprouvée par son contact qu'à celle d'une cerise mûre. Nous avons quitté l'hôpital peu de jours après, et nous ne savons pas si la tumeur s'est ouverte.

M. Nélaton admet l'ulcération des gommes musculaires.

« La peau continuant à s'amincir, dit-il, ne tarde pas à se perforer. On voit alors sortir une espèce de sérosité plus ou moins roussâtre, entraînant des grumeaux de matière grisâtre et souvent quelques petits caillots sanguins. Une ulcération plus ou moins profonde, à bords taillés à pics, existe, qui a l'aspect des ulcérations syphilitiques tertiaires, mais qui cependant en diffère par sa profondeur et par l'espèce d'anfractuosité que présente sa cavité. » Les foyers se détergent ensuite et suppurent, puis une cicatrice les ferme.

Les ulcérations des gommes des muscles sont aussi rares que leur suppuration, et, sans doute grâce à l'efficacité constante du traitement, on n'a pas pu voir les tumeurs syphilitiques des muscles s'ulcérer aussi souvent qu'on aurait pu le voir.

En Angleterre et en Allemagne, où les tumeurs syphilitiques des muscles sont mal étudiées, on décrit des kystes à liquide filant et à parois dures situés dans les muscles, qui pourraient

bien être des gommes ramollies. Les abcès froids mentionnés par Linhart doivent renfermer quelques cas de tumeurs syphilitiques ulcérées. (Voyez plus haut : *Tumeurs hématiques et abcès froids.*)

M. Bouisson dit avoir vu un psoïtis terminé par suppuration chez un syphilitique, et il croit que c'était là une gomme musculaire ramollie.

M. Lagneau cite des cas de tumeurs syphilitiques de la langue ulcérées.

Il compte comme faits de ramollissements une note de M. Ricord, où il était dit que sur une langue augmentée de volume il existait une ulcération grisâtre irrégulière.

Il rappelle l'observation 2me de M. Bouisson.

Enfin, si l'observation de Salomon peut être comptée au nombre des tumeurs syphilitiques, ce serait un exemple de tumeur gommeuse des muscles ulcérés.

Virchow admet la possibilité de l'ulcération des tumeurs syphilitiques, mais indirectement. S'il dit qu'il n'a jamais vu la syphilis musculaire s'abcéder, il ajoute : « J'ai certainement vu, chez des syphilitiques, des abcès des muscles qui, selon toute probabilité, appartiennent à la forme des tumeurs gommeuse et caséeuse. » Et il indique qu'il a vu un cas dont M. A. Geigeil a fait une courte description.

M. Bouisson a admis que les tumeurs syphilitiques, à une troisième période de leur évolution, pouvaient s'ossifier, et il a cité des cas d'ossification de tendons, et un cas d'ossification musculaire multiple. Il n'y avait là que des constatations anatomiques; l'observation sur le vivant n'a pas encore permis de vérifier le fait. Les ossifications des tendons qu'a vues M. Bouisson peuvent être des ossifications au voisinage d'une arthrite sèche; les plaques osseuses trouvées dans les muscles d'un Arabe se rapprochent de celles dont nous avons parlé à propos des ossifications multiples des muscles.

Comme la syphilis peut produire des rétractions musculaires telles que Petit-Radel, Ph. Boyer et Notta les ont vues, des contractures et même l'atrophie du muscle, on conçoit que les

tumeurs syphilitiques puissent avoir le même résultat ; en effet, un muscle peut être atteint à la fois par la lésion qui occasionne la rétraction, c'est-à-dire une myosite syphilitique et par une tumeur musculaire. Quant à l'atrophie consécutive, nous verrons en parlant du pronostic que pendant très-longtemps elle n'est pas à craindre, et qu'elle est souvent, ainsi que l'a dit M. Nélaton, subordonnée à l'administration tardive du médicament spécifique

*Siége.* — M. Nélaton a vu des tumeurs syphilitiques en grand nombre et dans beaucoup de muscles. Dans l'épaisseur de la langue, dans le muscle sterno-mastoïdien, les pectoraux, le grand droit de l'abdomen, les muscles de la cuisse, du mollet, et même de la plante du pied, enfin dans le muscle du bras et de l'avant-bras.

M. Bouisson disait en avoir vu dans plusieurs muscles divers, en autres dans le trapèze et le grand fessier ; il supposait que certaines tumeurs syphilitiques du voile du palais, du larynx, avaient été des tumeurs gommeuses musculaires. C'était pousser un peu loin les analogies.

Il y a des tumeurs syphilitiques dans des tendons, et c'est en particulier le tendon d'Achille qui en a offert des spécimens. Les tissus fibreux, comme on le sait, sont quelquefois atteints de gommes, on sait qu'il en existe dans le périoste. On pouvait donc supposer qu'il devait y en avoir dans les tendons.

Lisfranc a enseigné qu'il existait des nodosités blanches dans les tendons; il disait avoir vu, chez une danseuse de l'Opéra, une de ces tumeurs qui avait disparu grâce à l'iodure de potassium. Dans un article publié dans la *Gazette des Hôpitaux*, il signala le fait d'un cas de nodus développés sur le trajet du tendon du jambier antérieur.

Mais il n'est pas fait mention de nodosités constatées dans les autopsies (1). Ceci explique pourquoi, la même année, M. Marchal de Calvi a révoqué en doute les assertions de Lis-

(1) Lisfranc, *Gaz. des hôp.*, 1842, p. 611.

franc, quant à la nature tendineuse des tumeurs. (*Annales de la chirurgie française et étrangère*, 1842.)

M. Bouisson croit fermement aux tumeurs syphilitiques des tendons; il dit dans son mémoire :

« Les tumeurs syphilitiques des tendons siégent tantôt à leur surface, et tantôt à leur centre. Le premier siége est le plus ordinaire, le gonflement est alors plus sensible, il fait une saillie abrupte sur le trajet d'un tendon, et s'il se termine par suppuration, la continuité de la corde fibreuse est respectée. Mais l'affection peut résider exclusivement dans la partie centrale, et dans ce cas, les produits de nouvelle formation écartent les fibres propres du tendon en donnant lieu à une tumeur de forme ovoïde ou en fuseau (1) ».

Une seule observation de M. Bouisson appuie cette généralité. Nous ne comptons pas la pièce qu'il a vue au musée de Strasbourg, et qui était une tumeur fluctuante dans un tendon d'un fléchisseur des doigts. On ne sait pas si la pièce avait macéré dans l'alcool, et surtout M. Bouisson ne dit pas si le sujet était syphilitique.

*Signes.* — Les tumeurs syphilitiques des muscles s'annoncent quelquefois par des douleurs, souvent par de l'empâtement de la région et une certaine raideur dans les mouvements des muscles. Quand la tumeur débute par une douleur, il est probable qu'il s'agit d'une myosite syphilitique, après la résolution de laquelle la tumeur persiste; une des observations de M. Bouisson présente ce phénomène.

Le siége de la tumeur au voisinage d'un muscle, et une plus ou moins grande mobilité de la tumeur pendant le relâchement du muscle, sont un premier indice annonçant qu'il s'agit d'une tumeur musculaire.

La forme des tumeurs est généralement globuleuse, elle atteint ordinairement assez promptement le volume d'une noix

(1) Bouisson, *Mém. cité*, in *Tribut à la chirurgie*, t. I, p. 541.

elle reste parfois sationnaire lorsqu'elle est arrivée à ce volume. On n'a pas vu de tumeur ayant un volume supérieur à celui d'une grosse orange. Dans les muscles longs surtout, les tumeurs sont arrondies, elles affectent la forme et la direction d'un muscle. Elles sont irrégulières dans la langue, où elles apparaissent quelquefois comme des nodosités isolées, ce que M. Ricord a exprimé dans cette phrase pittoresque : « La langue semble être rembourrée de noisettes. »

M. Bouisson dit que l'état hygrométrique de l'atmosphère et es variations de température rendent ces tumeurs sensibles, et e professeur de Montpellier ajoute que la sensibilité des gommes musculaires s'accroît pendant la nuit. C'est assurément une concession faite à la théorie absolue des douleurs ostéocopes lans la syphilis.

M. Nélaton n'a pas fait la même remarque. Ces tumeurs, lisait-il, ne s'accompagnent point de douleurs nocturnes, comme l arrive pour certaines autres affections produites par l'infecion syphilitique. Un autre signe important a été noté chez le nalade qui servait d'objet à la leçon de M. Nélaton ; le malade lominait les quelques douleurs qu'il éprouvait en pressant avec orce son mollet.

Enfin, à ces signes il faut joindre comme les plus importants, a connaissance d'antécédents syphilitiques chez le malade, et a durée assez longue du mal.

Suivant le muscle affecté, il y a des signes variables ; ainsi, à a langue les tumeurs présentent une plus grande facilité d'exloration, et l'on peut peut mieux apprécier la consistance et la orme de la tumeur. Dans cet organe, les tumeurs gênent la nastication et la parole, et il est rare qu'elles causent des doueurs vives. Les tumeurs des tendons sont ou semblent être plus loulourcuses que celles des muscles.

Quand les tumeurs se ramollissent, on sent quelquefois de la luctuation, ou une mollesse voisine de la fluctuation.

Lorsque les tumeurs sont ulcérées, elles offrent une ulcération à bords taillés à pic sur un fond induré profondément.

Voici quels étaient les caractères d'une tumeur syphilitique du mollet, observée par M. Nélaton, et qui a été l'objet de la leçon dont nous avons parlé.

« La tumeur était mal circonscrite, allongée. Sa hauteur était de 7 à 8 centimètres, son épaisseur de 3 à 4; elle était donc de forme ovalaire, son grand diamètre était presque vertical dans le sens du jumeau interne. Comprimée, elle résistait à la façon des tumeurs fibreuses, sa surface était assez égale; cependant, vers son centre, elle se laissait un peu déprimer, il y avait un point plus mou présentant une fluctuation douteuse. Les parties environnantes avaient été légèrement influencées par le voisinage de cette tumeur. Ainsi, la couche sous-cutanée était moins souple; la peau avait perdu en grande partie sa mobilité. Elle ne roulait pas à ce niveau; les téguments ne pouvaient être soulevés et former un pli comme sur les parties voisines.

« Nous avons rendu, disait Nélaton, cette tumeur aussi saillante que possible; et, pendant que nous la tenions solidement saisie, nous avons dit au malade de faire des mouvements de flexion et d'extension du pied. Or, pendant ces mouvements, la tumeur devenait moins saillante; elle tendait manifestement à s'enfoncer dans le muscle. Ajoutons qu'elle était manifestement entraînée alternativement en haut et en bas, comme le corps du muscle lui-même. »

*Diagnostic.* — Un antécédent syphilitique, tel qu'un chancre, une éruption cutanée, des douleurs, des ulcérations, une iritis qui ont cédé au traitement antisyphilitique chez un individu atteint d'une tumeur développée assez lentement, située dans un muscle et mobile avec lui, doivent faire diagnostiquer une tumeur syphilitique des muscles, c'est-à-dire un accident tertiaire de la syphilis.

Si, en même temps que la tumeur, il existe sur le corps quelques-unes des ulcérations qui appartiennent aux accidents tertiaires de la syphilis, le diagnostic est presque forcé.

Si le traitement par le mercure ou l'iodure de potassium a eu

une action sur la tumeur, s'il l'a fait diminuer, il y a une certitude absolue.

Nous n'avons pas à faire ici le diagnostic différentiel des tumeurs de la langue avec les gommes de cet organe. Disons cependant que les gommes naissent à la base de la langue ou dans la profondeur des couches musculaires, qu'elles ne causent pas de douleurs lancinantes comme les cancers, et surtout qu'elles cèdent à un traitement antisyphilitique qui est alors un véritable traitement explorateur.

On peut confondre les tumeurs syphilitiques des muscles de la vie de relation avec la plupart des autres tumeurs musculaires :

Les hydatides,
Les abcès froids des muscles,
Les hématomes des muscles,
Les tumeurs osseuses isolées des muscles,
Les tumeurs fibreuses à la langue,
Les cancers des muscles,
Les tumeurs érectiles.

Les hydatides, toutes proportions gardées, sont plus rares que les tumeurs syphilitiques. Elles existent souvent dans les muscles du tronc, et c'est une place plus rare pour les tumeurs syphilitiques. D'ailleurs, les tumeurs hydatiques sont fluctuantes, au moins celles qui sont superficielles.

Le frémissement hydatique est appréciable quelquefois. Aucun signe analogue n'existe pour les tumeurs syphilitiques. Les hydatides restent toujours stationnaires ou progressent avec régularité, et les tumeurs syphilitiques aussi anciennes qu'une tumeur hydatique ont présenté au moins, sous l'influence de quelque traitement, des alternatives d'accroissement et de diminution. C'est ce qu'a fait remarquer M. Nélaton.

Les tumeurs syphilitiques se montrent sur les muscles actifs principalement, les fléchisseurs des membres, le sterno-mastoïdien; les observations que nous avons citées montrent que les

gommes musculaires ont été vues trois fois dans les muscles du mollet, quatre fois dans le sterno-mastoïdien et le tendon d'Achille.

Sauf le biceps, où trois tumeurs hydatiques ont été vues, la majeure partie des tumeurs hydatiques a été observée sur les muscles du tronc.

Les abcès froids des muscles sont si rares, quoi qu'ait dit Linhart, que l'on doit toujours éliminer ce diagnostic le premier de tous. Ici, le traitement antisyphilitique serait le meilleur moyen de diagnostic. Au reste, si le malade avait eu la syphilis, l'erreur serait évitable.

Les tumeurs hématiques anciennes des muscles sont des tumeurs qui durent un temps excessivement long; ce seul signe permettrait d'établir le diagnostic. L'antécédent syphilitique absent uni à la durée longue du mal, devrait faire repousser l'idée d'une tumeur syphilitique. Si la tumeur était ulcérée, comme chez le malade du service de M. Velpeau, l'erreur serait encore possible à éviter. Le mal, dans ce cas (voy. page 39), datait de 35 ans. Les syphilides musculaires ne durent pas si longtemps.

Les épanchements sanguins sont le résultat d'une contusion ou le fait d'une apoplexie musculaire chez un individu atteint de fièvre grave : aucune erreur ne peut être commise.

Les tumeurs osseuses ont une dureté spéciale non équivoque que l'on ne peut confondre avec nulle autre dureté. Aucune erreur n'a été commise à cet égard. Dans un seul cas, M. Bouisson a cru sentir chez un de ses malades syphilitiques une dureté osseuse dans le tendon d'Achille. M. Nélaton fait observer que les tumeurs osseuses isolées, capables d'être prises pour des tumeurs syphilitiques, sont toujours près d'une extrémité osseuse, d'où elles gagnent le muscle, et l'on sait que les gommes des muscles sont plutôt d'emblée dans la portion charnue.

A la langue seulement, les tumeurs fibreuses peuvent être prises pour des tumeurs syphilitiques; dans le fait de M. A. Richard, aucune erreur n'était possible, le mal durait depuis un âge auquel on n'a guère les accidents tertiaires de la syphilis, et elle

était ramifiée comme un polype, ce qui n'est pas non plus le cachet des gommes de la langue; dans le second cas, M. Notta est arrivé au diagnostic par l'expérience du traitement antisyphilitique.

Le cancer et les kystes cancéreux des muscles ou nés au milieu d'une couche de muscles, sont plus difficiles à diagnostiquer, surtout les cancers fibro-plastiques dont le début est obscur et ne s'accompagne pas de douleurs. Ici l'efficacité du traitement antisyphilitique et la présence de syphilis dans les antécédents du malade, seraient le seul moyen d'avoir une certitude.

Les tumeurs érectiles des muscles sont congénitales. Cette notion permet de suite d'établir que c'est seulement par un défaut d'attention qu'une erreur pourrait être commise.

Les ponctions exploratrices ne sont pas utiles pour faire le diagnostic des tumeurs syphilitiques; mais comme une fois il en a été fait une, il est bon de dire ce que la ponction a appris. M. Giraldès, qui avait vu au début le malade observé par M. Nélaton, avait ponctionné la tumeur avec le trocart explorateur, et il était sorti un liquide séro-purulent un peu louche. S'il s'était agi d'un cancer, il ne serait sorti que du sang; si la tumeur avait été un kyste hydatique, le chirurgien n'aurait retiré qu'une sérosité claire, ou du pus gluant, si les hydatides étaient mortes et si leur kyste avait suppuré.

Un diagnostic différentiel serait encore à faire pour les tumeurs qui siégent aux points où il existe des varices. L'inflammation d'un paquet variqueux sous-musculaire du mollet peut simuler une tumeur syphilitique au début; mais cette inflammation est douloureuse au toucher, il y a de la fièvre, et elle s'améliore presque immédiatement par le repos et par les applications de cataplasmes. Au niveau du sterno-mastoïdien, le voisinage des artères carotides qui soulèvent la tumeur pourrait faire songer à un anévrysme; mais il n'y a pas d'expansion dans une tumeur syphilitique, et celle-ci est en général mobile avec le muscle. La myosite syphilitique qui ne cause pas de tumeur

ne doit pas entrer dans l'étude du diagnostic différentiel des tumeurs syphilitiques.

Le *pronostic* des tumeurs syphilitiques des muscles est peu grave en lui-même, mais en considérant que les gommes sont la manifestation de la troisième période de la syphilis, période plastique ou période gommeuse, on conçoit que le pronostic soit fâcheux, c'est le pronostic de la syphilis constitutionnelle. Cependant si le traitement est suivi le temps voulu, les muscles malades, au moins, peuvent reprendre leur souplesse.

Quand la tumeur est ulcérée, les forces du malade ne sont pas considérablement abattues, et on entretient les forces dans un bon état par les toniques, en attendant que le traitement antisyphilitique ait hâté la cicatrisation de la gomme ulcérée.

En 1861, M. le professeur Nélaton a fait une leçon sur le pronostic des tumeurs syphilitiques des muscles.

Voici ce qu'il dit :

« Si l'on arrive à un moment où la tumeur est devenue le siége de modifications déjà anciennes, qui ont altéré les fibres musculaires, le traitement réussit bien encore à faire résorber la tumeur. Mais le malade conserve une difformité plus ou moins considérable, l'absorption ne se borne pas à faire disparaître l'épanchement plastique qui s'était produit dans les espaces interfibrillaires, elle porte sur le tissu musculaire lui-même; le muscle s'atrophie, se raccourcit, et entraîne le membre dans le même sens (1). »

Le *traitement* des tumeurs syphilitiques des muscles est le traitement des accidents tardifs de la syphilis, l'iodure de potassium; c'est en lui que les chirurgiens ont la plus grande et la plus légitime confiance.

Le muriate d'or, les pilules de calomel à l'onguent napolitain ou de Sédillot, à l'intérieur, les frictions, avec les pommades d'hydriodate de potasse, constituaient en 1846 la méthode thérapeutique mise en usage par M. Bouisson.

(1) *Tumeurs syphilitiques musculaires* (*Gaz. des hôp.*, 1861, p. 234).

M. Nélaton a employé l'iodure de potassium à des doses même assez considérables. Dans les cas rebelles où l'iodure de potassium est lent à agir, il combine le traitement mercuriel avec le traitement, par le premier médicament. Il donne jusque 2 et 3 grammes d'iodure de potassium le matin, et le soir une pilule de protoiodure de mercure de 2 à 3 milligrammes; le professeur dit que, malgré cette petite dose, ce dernier remède a toujours suffi dans l'application de la méthode d'association des deux médicaments.

Robert a fait subir à son malade le même traitement, à part qu'il ne dépassait pas la dose de 1 gramme d'iodure de potassium par jour, et qu'il donnait en même temps 5 centigrammes de protoiodure de mercure.

Comme M. Bouisson, au reste, il était d'avis de prolonger l'usage du traitement antisyphilitique après la disparition de la tumeur.

La durée moyenne du traitement pour obtenir la guérison a été de deux mois à deux mois et demi.

Melchior Robert rapporte, dans son *Traité des maladies vénériennes* (1853), une observation de myosite du biceps qui a été améliorée par la compression avec des bandelettes de sparadrap de Vigo *cum mercurio.* C'est un topique mercuriel comme l'onguent napolitain. Eu égard à l'action du médicament, il n'y a rien qui puisse faire préférer le premier au dernier; cependant, dans le cas où un malade sentirait quelques douleurs dans une tumeur des membres et où la compression les soulagerait, un pansement avec des bandelettes de sparadrap de Vigo serait indiqué.

## TUMEURS CANCÉREUSES DES MUSCLES.

Le cancer peut occuper les muscles dans trois conditions.

Le cancer se forme dans les muscles par suite de l'envahissement de la production cancéreuse aux parties voisines de son siége primitif. Ainsi le cancer du grand pectoral consécutif aux cancers du sein; ainsi le cancer des muscles après une récidive

cancéreuse dans une cicatrice, c'est le cancer par propagation.

Il se produit dans le cours de la diathèse cancéreuse au moment où il se forme des cancers dans les organes vasculaires. C'est là un cancer métastatique.

Y a-t-il un cancer primitif des muscles ? Les faits ne permettent pas de se prononcer à cet égard d'une façon absolue.

Nous procéderons comme pour autres tumeurs des muscles, nous examinerons d'abord les faits.

Il a été publié en Angleterre un travail de douze pages sur les tumeurs des muscles volontaires par M. Teevan, et les cas de tumeurs cancéreuses ou fibreuses, que l'auteur a réunis au nombre de trente-huit, sont, dit-il, des cancers dans les muscles; il prétend en effet avoir éliminé les cancers nés entre les muscles (1).

Comme ce travail a été analysé dans les *Archives*, et qu'une certaine notoriété lui a été ainsi accordée, il nous a paru qu'il fallait en mesurer toute la valeur afin de mettre ceux qui s'occuperont plus tard de la question en garde contre des erreurs étranges.

Nous donnons d'abord la liste des pièces pathologiques auxquelles il est fait allusion.

2e. Cancer dans le muscle grand pectoral d'un homme; datant de onze mois, supposé causé par une foulure. (Pièce du musée de l'hôpital Saint-George, série 5.)

7e. Cancer médullaire dans le muscle couturier d'un jeune homme, tumeurs semblables dans la hanche du même côté. (Pièce du musée de l'hôpital Saint-George, série 5.)

13e. Cancer médullaire dans la courte portion du biceps d'un homme, datant de deux ans, excision, récidive. (Pièce du musée de l'hôpital Saint-George.)

16e. Cancer médullaire dans le biceps crural d'un jeune homme, amputation à la hanche, guérison; une première tumeur avait été enlevée. (Pièce présentée à la Société pathologique de Londres, 6 janvier 1853.)

(1) Teevan, *loc. cit.*, p. 505.

16ᵉ. Cancer médullaire dans les muscles jumeaux d'un homme âgé de dix-neuf ans; opérations successives, récidives dans la plaie, amputation de la cuisse; mort une semaine après; pas de généralisation du cancer. (Pièce du musée de l'hôpital Saint-Thomas, n° 30.)

20ᵉ. Tumeurs cancéreuses entre les faisceaux du muscle grand pectoral sains. (Pièce du musée du Collége royal des chirurgiens, n° 345.)

26ᵉ. Tumeur fibreuse du trapèze chez une femme, une tumeur cancéreuse avait été enlevée auparavant. (Pièce du musée du Collége royal des chirurgiens, 222 A.)

28ᵉ. Tumeur fibreuse dans un muscle sans désignation. (Pièce du musée de l'hôpital Saint-Barthélemy, n° 305.)

Voici trois faits que M. Teevan emprunte à M. Tatum, qui a fait l'article *Maladie des muscles*, dans *Holmes' Surgery* (1).

« 32ᵉ. Un garçon de quatorze ans a été soigné par moi à l'hôpital Saint-George, pour une tumeur grosse comme les deux poings située au milieu des muscles postérieurs de la cuisse gauche; tumeur très-dure, paraissant être un enchondrome inséré sur le fémur ; en relâchant les muscles postérieurs elle devenait un peu mobile sur le fémur. Ablation avec difficulté ; la tumeur embrassait le fémur et était traversée par le nerf grand sciatique. On trouve que la tumeur avait son origine dans le demi-membraneux, dont la partie inférieure était saine, mais dont la partie supérieure était convertie en un tissu pâle semblable à celui de la tumeur, moins dense que celui-ci, la tumeur avait un aspect demi-transparent, cartilagineux ; quelques fibres musculaires s'éparpillaient à sa surface, d'autres se perdaient à son intérieur. »

33ᵉ. Tumeur semblable enlevée du deltoïde d'un jeune homme, par M. Johnson; du volume d'un œuf, entourée de fibres musculaires, de nombreuses fibres musculaires pénétraient dans la tumeur pour s'y perdre assez loin.

(1) Tatum, *Holmes Coote, a Syst. of surgery.*

34$^{e}$. « Il y a deux ans, je soignai un homme chez lequel une tumeur de cette espèce avait été enlevée de la région parotidienne, plus tard, on enleva une petite tumeur récidivée, de la surface du masséter ; quatre mois plus tard, tumeur de la grosseur d'une noix dans les restes du masséter presque disparue; quelques mois plus tard, deux petites tumeurs siégeant dans le muscle temporal. Dans ce moment-ci, ajoute M. Tatum, je donne des soins à une dame à qui j'ai deux fois enlevé des tumeurs du sein de cette espèce; la tumeur a récidivé dans le grand pectoral et a augmenté rapidement de volume. »

Nous avons vérifié toutes les autres observations anglaises auxquelles fait allusion M. Teevan.

Voici ce que nous avons trouvé :

Deux indications fausses nous ont contraint de négliger les mentions marquées.

3$^{e}$. Cancer dans le grand pectoral d'un homme, grosse tumeur datant de deux ans, la tumeur et tout le muscle ont été enlevés.

23$^{e}$. Tumeur fibreuse dans le deltoïde.

Le sixième volume des *Transactions de la Société pathologique de Londres* manque à la bibliothèque de l'École de médecine. Nous n'avons pu contrôler la vingt-quatrième mention, notée ainsi :

Tumeur fibreuse dans les muscles jumeaux d'une jeune fille de neuf ans, datant de dix mois et du volume d'une noix; excision partielle; récidive ; amputation de la jambe. (*Trans. path.*, *Soc.*, v. VI, p. 345.)

Voici la liste des autres faits mentionnés :

5$^{e}$. Cancer dans le grand fessier d'une femme âgée de cinquante-quatre ans, la tumeur avait le volume d'une tête d'adulte; excision avec une partie du muscle récidivé sur place. (*Med. Times and Gaz.*, vol. XXXVII, p. 655.) Il n'y a pas de dé-

tails, il est dit seulement qu'un peu du grand fessier a été enlevé avec la tumeur.

6ᵉ. Cancer dans le couturier d'un homme âgé de cinquante-huit ans; tumeur grosse comme une tête d'homme, datant de deux ans, attribuée à une déchirure du muscle : excision, guérison. (*Lancet*, 1861, vol. 1, p. 287.) Il est dit dans l'observation que la tumeur était développée sur la gaîne du muscle.

9ᵉ. Il n'y a pas plus de détails dans le journal anglais que dans la note de M. Teevan.

Cancer médullaire dans le deltoïde d'un homme âgé de quarante-deux ans. Récidive d'une tumeur enlevée à la même place. (*Lancet*, vol. I, 1861, p. 315.)

10ᵉ. Cancer médullaire dans le droit antérieur de l'abdomen chez une femme de cinquante ans. Il y avait un cancer de la vulve. A l'autopsie, il n'y avait pas de cancer dans les autres organes. (*Dublin hosp. Gaz.*, avril 1846, p. 254.)

La tumeur était dans la gaîne du muscle droit, mais il n'est pas dit à quelle hauteur; seulement M. Butcher a trouvé que la tumeur était séparée des intestins seulement par le péritoine. Sans doute le cancer existait au point où l'aponévrose abdominale cesse de former une gaîne au muscle. L'auteur anglais dit que la tumeur avait dû se former dans les derniers temps de la vie, puisqu'on ne l'avait pas vue sur le vivant.

12ᵉ. Homme âgé de trente-sept ans. Tumeur existant depuis un an dans le biceps brachial. Excision, guérison. (*Lancet*, vol. II, 1862, p. 700.)

M. Fergusson, qui a opéré le malade, dit qu'il a été obligé de couper des fibres musculaires, et que l'on aurait pu disséquer les fibres sur la tumeur dans une dissection sur une table, si on ne le pouvait pendant l'opération; il ajoute que la tumeur qui paraissait d'origine musculaire. L'observation est d'ailleurs écourtée.

19ᵉ. Squirrhe dans le brachial antérieur d'une vieille femme datant de deux ans et du volume d'une orange. Amputation du bras, guérison. (*Lancet*, vol. I, 1860, p. 118.)

La tumeur datait de trois ans; elle comprenait le muscle brachial antérieur et les nerfs cubital et radial. Cette observation est une note.

22$^e$. Tumeur fibreuse dans le biceps, du volume d'une noix, recueillie chez un homme âgé de soixante-six ans, mort pendant l'application du chloroforme appliqué pour enlever une large tumeur de même nature. (*Trans. path. Soc.*, vol. VII, p. 340.)

C'était une tumeur de la cuisse qu'on voulait enlever et qui était une récidive de tumeur fibro-plastique.

M. Paget a trouvé dans le biceps une tumeur de même nature que celle de la cuisse; il y avait un peu de cancer dans le foie.

Ce fait est un exemple de métastase cancéreuse dans le biceps. Il n'y a pas d'examen microscopique.

L'observation 25$^e$ est un hématome dont nous avons parlé plus haut; elle avait pour titre : *Tumeur fibreuse du grand pectoral.*

29$^e$. Tumeur fibro-adipeuse dans le muscle grand pectoral chez un homme âgé de trente-neuf ans, grosse comme une orange, datant de quatre ans. Excision. (*Lancet*, vol. I, 1857, p. 186.)

Il y a une courte note dans le journal anglais. Comme les faits précédents ce n'est pas là une observation. Et il est dit pourtant cette phrase grosse de suppositions : la tumeur était jugée devoir être dans le muscle; elle était formée par du tissu musculaire, de la graisse et du tissu fibreux. L'examen microscopique n'a pas été fait.

30$^e$. Tumeur fibro-adipeuse du biceps chez un homme âgé de dix-neuf ans; la grosseur datait de un an. Excision, guérison. (*Lancet*, vol. I, 1854, p. 518.)

Une tumeur occupait la moitié inférieure du bras et avait 4 pouces (11 centimètres) sur 6 pouces (17 centimètres) de large. La tumeur était mobile et n'adhérait pas à la peau. C'était une tumeur fibro-graisseuse, qui a pu être séparée facilement de la gaîne du muscle.

Cette observation est d'une signification très-douteuse. Il est

dit textuellement : « M. Ure, pendant l'opération, sépara avec soin la tumeur, d'une délicate expansion, du muscle biceps et la détacha facilement de la gaîne de ce muscle. » Était-ce un lipome profond, un ganglion? On ne sait.

36ᵉ. Tumeur fibreuse du droit antérieur de l'abdomen chez un homme âgé de trente-six ans, du volume d'un œuf de dinde, supposé causé par une blessure. (*Med. Times and Gaz.*, vol. XXXII, p. 321.)

Il s'agit d'une récidive de cancer et rien de musculaire n'est indiqué.

37ᵉ Tumeur fibro-albumineuse dans le triceps d'un garçon de douze ans, grosse comme une demi-orange, datant de trois ans. Excision. (*Med. Times*, vol. XXXIII, p. 334.)

Il est dit que la tumeur était séparée des muscles par une ligne de démarcation blanche. Cette observation est une note.

38ᵉ Tumeur myéloïde dans le deltoïde d'une femme, âgée de vingt ans. Tout le muscle avec l'acromion et l'extrémité externe de la clavicule a été excisé. La malade a guéri (*Med. Times*, vol. XXXIII, p. 334). Il s'agit encore ici d'une simple note.

Voilà le bilan des observations anglaises. L'auteur y a joint les observations françaises, réunies dans le mémoire de M. Parmentier et les observations de Warren et du *Compendium* que nous connaissons.

Voyons donc si nous trouverons chez nous quelque chose de plus.

En attendant, qu'il nous soit permis de le dire, il n'y a qu'une seule observation un peu probante dans le mémoire anglais, et elle a trait à un cancer métastatique. D'autres faits sont des cas d'envahissement des muscles par une récidive de cancer.

La première observation du mémoire de M. Parmentier (1) est relative à un malade opéré par M. Demarquay. La tumeur n'était point née dans le muscle, quoi qu'en dise M. Parmentier, témoin ces lignes extraites de l'observation.

(1) Parmentier, *Sur les tumeurs dites cancéreuses des muscles* (*Union méd.*, 1861, t. XI, p. 403 et 421).

Le malade, au début, avait senti sa tumeur rouler sous le doigt.

« A la partie moyenne et antérieure de la cuisse droite, il y a une tumeur de la grosseur du poing, mobile dans les mouvements d'extension et de flexion, et lorsque la jambe est étendue sur la cuisse. Pas de bosselures, consistance inégale. Dans les deux tiers supérieurs existe une dureté assez prononcée, en bas, il y a une mollesse, comme lipomateuse, et de la fluctuation vers la partie interne. »

Et surtout ce passage :

« M. Demarquay fait, à la partie antérieure de la tumeur, une incision verticale, longue de 16 centimètres, puis il dissèque les téguments de chaque côté. On reconnaît que la tumeur est peu adhérente aux tissus profonds; l'opérateur la sépare aisément en la soulevant par son bord interne et en s'éloignant de plus en plus de l'artère crurale, un coup de bistouri pénétrant dans la masse, à l'extrémité inférieure, fait jaillir un flot de sérosité citrine que renfermait un kyste dont la fluctuation avait été reconnue avant l'opération. Le tendon du droit antérieur est coupé pour permettre de relever la tumeur avec laquelle il fait corps. La dissection s'achève par l'excision des fibres charnues du même muscle qui s'étalent et se perdent avec les couches superficielles de la tumeur. »

Il s'agissait bien d'ailleurs d'une tumeur cancéreuse.

La seconde observation ne nous paraît pas être un cancer, et, sauf que les antecédents syphilitiques ne sont pas indiqués, nous pencherions à croire qu'il s'agissait là d'une tumeur syphilitique.

Il entra, le 31 mai dernier, à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay, un homme âgé de soixante-six ans, professeur de piano, qui présentait, dans la région fessière, une tumeur dont il s'était aperçu pour la première fois deux mois auparavant. C'est en voulant s'asseoir qu'il reconnut, à la fesse gauche, l'existence de cette tumeur, qui, depuis, s'est accrue rapidement, mais peu à peu ; jamais elle n'a augmenté brusquement de volume. La santé est toujours restée satisfaisante ; jamais le malade n'a ressenti de douleur spontanée dans la tumeur, il y éprouve

seulement un sentiment de démangeaison, et lorsqu'on l'explore ou qu'on l'ébranle, il semble au malade que l'on touche une partie de son corps où il aurait reçu un coup. Cette tumeur, qui est à peu près située sur le milieu d'une ligne étendue entre le grand trochanter et la tubérosité de l'ischion, ne fait pas beaucoup de saillie à la surface ; mais en l'explorant, l'on reconnaît qu'elle s'étend vers les parties profondes de la région fessière. Elle a environ le volume d'un œuf de poule, ses limites ne sont pas bien distinctes, la production morbide paraît se continuer sans ligne de démarcation avec les parties voisines, il semble qu'elle soit en quelque sorte infiltrée au milieu des tissus ; la peau qui recouvre la tumeur offre, par transparence, une teinte légèrement brunâtre, mais elle n'a contracté avec elle aucune adhérence. La tumeur est mobile lorsque le muscle grand fessier est dans le relâchement, mais dès que ce muscle se contracte ou dès qu'il est tendu, la tumeur perd de suite toute mobilité et acquiert, au contraire, une certaine fixité. Il n'existe dans le pli de l'aine aucun engorgement ganglionnaire.

Le 16 mai, M. Demarquay fait une incision suivant le grand diamètre de la tumeur, dissèque aisément la peau de chaque côté, puis achève l'ablation de la production morbide en enlevant une certaine épaisseur des fibres du muscle grand fessier.

Comme on l'avait reconnu avant l'opération, la tumeur n'est pas enkystée, bien au contraire, la production morbide est comme infiltrée au milieu des faisceaux musculaires du grand fessier, elle a subi un commencement de ramollissement à sa circonférence où son tissu se sépare en grumeaux offrant une teinte rosée, elle ne présente un peu de fermeté qu'au centre, et à la coupe, on reconnaît tous les caractères d'une tumeur encéphaloïde, son tissu est d'un blanc opalin, parsemé de nombreux vaisseaux.

M. le docteur Luys, qui a eu l'obligeance d'examiner cette tumeur au microscope, a remis la note suivante à M. Demarquay :

Tumeur formée par un stroma de tissu conjonctif en voie d'hypergenèse. Le tissu nouveau paraît avoir eu son développement primitif aux dépens du tissu cellulaire interstitiel.

Il envahit de toutes parts les fibrilles musculaires, qui sont circonvenues chacune de tous côtés et écrasées. Les vésicules adipeuses ont aussi subi un pareil travail d'envahissement et de transformation.

Des vaisseaux nouveaux se sont aussi développés ; ils ont donné lieu à divers foyers hémorrhagiques. Ces cellules nouvelles se sont développées par génération endogène surtout (beaucoup de cellules mères), et probablement aussi par bourgeonnement des anciennes (1).

M. Parmentier a réuni d'autres faits.

M. le professeur Gosselin a enlevé une tumeur fibro-plastique intimement liée à la gaîne du muscle grand pectoral. Pendant

(1) Parmentier, *loc. cit.* M. Demarquay nous a affirmé ces jours-ci qu'il avait vu le malade plus tard, et que la tumeur a récidivé avec les caractères francs d'une tumeur cancéreuse.

l'opération, presque tout ce muscle a été enlevé. La tumeur fibro-plastique contenait des kystes dans son intérieur. La tumeur datait de six mois. Elle faisait une forte saillie dans l'aisselle et soulevait le muscle grand pectoral.

Cette tumeur était-elle musculaire? c'est ce que nous ne voudrions pas affirmer.

Voici l'observation que A. Bérard a donnée dans le *Compendium :*

Une jeune fille de douze à treize ans, ayant fait une chute d'un lieu élevé, ressentit une douleur assez vive dans la partie antérieure de l'aisselle. Quelques mois après, sa mère s'aperçut qu'il y avait en cet endroit une tumeur dure, du volume d'une noisette. A. Bérard vit, à cette époque, la jeune personne et reconnut dans l'épaisseur du grand pectoral, près de son bord axillaire, un engorgement d'une dureté pierreuse, dans lequel des douleurs lancinantes se faisaient sentir de temps en temps. Malgré les résolutifs sous toutes les formes, la tumeur fit des progrès, elle s'étendit vers la clavicule, sa consistance diminuait à mesure qu'elle augmentait de volume. La malade fut soumise à l'examen de plusieurs des professeurs de la Faculté, Marjolin, Sanson, Blandin, MM. Velpeau et J. Cloquet; tous pensèrent qu'il convenait de recourir à l'ablation de la tumeur. L'opération fut exécutée par M. J. Cloquet, avec tout le talent qu'on lui connaît. Pendant la dissection de la tumeur, il fut évident que le mal avait son siége exclusif dans le tissu même du grand pectoral. L'inspection de la partie enlevée fit reconnaître la dégénérescence encéphaloïde à divers degrés de ramollissement. La récidive eut lieu avant la cicatrisation de la plaie, et la jeune fille succomba au bout de quelques mois. Sa grand'mère et son grand-oncle étaient morts tous deux d'affections cancéreuses (1).

A la Société anatomique nous trouvons les faits qui suivent :

M. Broca a présenté les deux cuisses d'une femme morte à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Cazenave, et qui avait présenté une maladie de peau singulière et avait succombé à des cancers multiples. Il y avait dans les muscles des deux membres des tumeurs globuleuses blanches qui étaient des cancers (2).

M. Vidal a trouvé des cancers dans le psoas d'un homme mort d'un cancer ulcéré de l'estomac. Mais ce cancer était

(1) A. Bérard, *Compendium de chirurgie*, t. II, p. 205.
(2) Broca, *Bull. Soc. anat.*, 1850, p. 121.

déposé récemment sans doute, car il n'y avait que des granulations cancéreuses de la grosseur d'un grain de chènevis, infiltrées entre les fibres musculaires (1).

M. Second-Féréol a présenté deux pièces du même genre.

Dans le premier cas, on avait trouvé chez une femme de quarante ans, morte après une mélanose généralisée, une tumeur du volume du poing dans le muscle grand droit antérieur de l'abdomen gauche, à ses insertions sternales.

A l'autopsie, « on trouva que cette tumeur était renfermée dans l'épaisseur de la partie supérieure du muscle droit abdominal au niveau de ses insertions. Elle avait 8 centimètres de long sur 6 de large et correspondait aux cartilages des septième, huitième, neuvième et dixième côtes, mais sans avoir contracté aucune adhérence avec eux. A la coupe, elle présentait une matière d'un blanc jaunâtre, mollasse, d'aspect cérébroïde, humectée par un suc assez abondant; au milieu de cette tumeur, on trouve une sorte de pulpe d'un brun sale à teinte violacée. Examinée au microscope, cette pulpe montrait de nombreuses cellules dites cancéreuses mélangées à des granulations pigmentaires (2). »

La dernière observation porte sur une malade âgée de quarante ans, chez laquelle on avait constaté des douleurs vagues des membres et des tumeurs multiples dans les muscles, tumeurs dont la plus grosse était située dans le biceps brachial du côté droit. Des nodosités plus petites existaient dans les autres muscles.

A l'autopsie, on a trouvé une *pneumonie chronique*, deux kystes du bassin non spécifiés, et qui, examinés au microscope, ont laissé des doutes encore sur leur nature. L'examen du cadavre a démontré que les tumeurs étaient bien situées dans l'épaisseur des muscles. La fibre musculaire était subitement interrompue par une masse d'un blanc jaunâtre, un peu rosé, d'aspect encéphaloïde, dont la coupe formait un plan convexe et s'humectait d'un suc assez abondant. On en trouvait dans les deux

(1) Vidal, *Bull. Soc. anat.*, 1853, p. 90.
(2) *Bull. Soc. anat.*, 1858, p. 350.

psoas, l'iliaque, la masse des adducteurs de la cuisse du côté droit. Ces tumeurs n'étaient pas enkystées et présentaient, à l'examen microscopique fait par M. Robin, des cellules dites cancéreuses types (1).

Ces quatre faits, joints à une observation anglaise, démontre la réalité du cancer métastatique des muscles.

Avant de terminer l'énumération des faits qui ont trait aux cancers musculaires, citons encore une observation publiée par M. Vigne dans sa thèse inaugurale, dont le mémoire de M. Parmentier forme la substance.

Le cancer a été représenté dans une planche. Il s'agit d'un cancer du mollet, dont M. Vigne place l'origine dans le muscle poplité. La tumeur, très-volumineuse, avait traversé l'espace interosseux en haut, en même temps qu'elle soulevait les muscles poplités et jumeaux (2). Ce fait est très-douteux.

Le chapitre de Warren ne donne aucune certitude à la question du cancer primitif des muscles. Nous avons vu les opinions qui ont été émises sur la tumeur décrite par Warren sous le nom de mélanose enkystée dans le muscle droit antérieur de la cuisse (voy. p. 41).

La deuxième observation, ayant trait à un squirrhe de la poitrine, n'a rien de musculaire et n'était peut-être pas un cancer.

A. Bérard, M. Denonvilliers ont jugé que les observations suivantes n'étaient point probantes. Les figures à peine dessinées du livre de Warren ne donnent aucune idée des tumeurs et de leur siége.

Une seule observation apprend qu'une tumeur cancéreuse du dos avait récidivé plusieurs fois, et qu'à une dernière opération il avait trouvé du cancer dans le rhomboïde (3).

Il y a en Allemagne des faits analogues à ceux dont parle M. Teevan. Vitttich donne une relation d'une autopsie d'un malade qui avait un cancer de la cuisse entourant tout le fémur

(1) *Bull. Soc. anat.*, 1858, p. 459.
(2) Vigne, *Du cancer primitif des muscles*, thèse de Paris, 1862.
(3) Warren, *loc. cit.*

et comprenant des muscles. La naissance du cancer dans un muscle est problématique. Il y avait du cancer secondaire à la parotide et une tumeur à l'épaule. L'examen microscopique a été fait, il s'agissait de tissu encéphaloïde. Cet auteur a dit avoir vu ailleurs du cancer métastatique dans les muscles (1).

Parmi les observations des autres faits connus, nous trouvons une mention d'un cancer du muscle vaste interne, enlevée par M. le professeur Denonvilliers. C'était une tumeur fibreuse, a dit M. Lebert à la Société anatomique (2).

Le même auteur a figuré dans son *Anatomie pathologique* la pièce recueillie sur une femme morte subitement après avoir présenté une tuméfaction et une légère douleur à la cuisse. On a trouvé un cancer de l'extrémité supérieure du vaste externe. Une tumeur semblable existait dans l'attache trochantérienne du moyen fessier. L'os ne paraissait pas malade, et l'infiltration du muscle était bien de nature cancéreuse (3).

A la Société de chirurgie, M. Chassaignac a aussi montré des masses fibro-plastiques au milieu des couches musculaires du mollet, mais les tumeurs n'étaient pas isolées dans un muscle (4).

Les recueils scientifiques renferment enfin plusieurs observations de faits mal exposés et donnés comme douteux, mais relatifs encore aux cancers ou tumeurs fibreuses des muscles. Nous les avons lus et nous pensons qu'il faut les rayer du cadre des tumeurs des muscles.

C'est en premier lieu un kyste accolé au couturier près du ligament de Poupart (5), qui a été opéré par Warren.

C'est encore le fait qui suit :

Une tumeur, du volume d'une tête d'adulte, existait chez un enfant de quatorze ans, attribuée au frottement de la cuisse contre la selle, disait le jeune homme. Les muscles se dessinaient sur la tumeur. Une ponction a été faite et a donné issue à du pus contenant du sang altéré et des cellules à trois noyaux.

(1) Vittich, *Arch. de Virchow*, t. VII, p. 324.
(2) Lebert, *Bull. Soc. anat.*, 1844, p. 78.
(3) Lebert, *Anat. path.*, t. II, p. 605.
(4) *Bull. Soc. de chir.*, 1856, p. 93.
(5) Warren, *Amer. med. Journal*, 1853, p. 363.

La tumeur a été enlevée par M. Erichson ; le malade est mort et on a trouvé un kyste adhérent aux muscles. Le tissu cellulaire intermusculaire était épaissi (1).

Certes, cette tumeur ne saurait être musculaire.

Quant à l'observation de M. Azam, lue à la Société de chirurgie, elle nous paraît très-sujette à contestation (2).

Il y avait une tumeur dans le creux axillaire qui avait une enveloppe fibreuse commune avec le muscle. Au-dessous la tumeur était circonscrite par une membrane plus épaisse, analogue à du périoste, sur laquelle s'inséraient en haut et en bas les fibres musculaires et tendineuses. Une coque osseuse complétait son épaisseur, variant de 2 à 4 millimètres ; elle était constituée par du tissu spongieux très-caractérisé. Lisse en dehors, elle donnait naissance à des trabécules. Ces aiguilles se croisaient dans tous les sens et se dirigeaient vers le centre. Une substance homogène se laissant déchirer facilement, mais ayant une certaine densité, remplissait les vacuoles de ce tissu spongieux. Dans le centre de la tumeur existait une cavité remplie de liquide visqueux.

Cette tumeur, d'après l'observation, avait été contractée après un effort, fait par le malade, peu de temps avant d'avoir consulté M. Azam; celui-ci, jugeant avoir affaire à un ganglion induré, avait enlevé la tumeur.

MM. Denucé et Azam, qui ont examiné la tumeur au microscope, ont trouvé du tissu fibrillaire, des éléments fibro-plastiques nucléaires et fusiformes dans la partie molle de la tumeur.

Y a-t-il un cancer des tendons?

Ici nous pouvons l'affirmer. Il n'y en a pas de primitif.

M. Chassaignac a enlevé deux tumeurs des doigts qu'il jugeait cancéreuses et qui dataient de dix-huit mois; elles occupaient les faces palmaires du doigt index et du médius de la main droite d'un commis de magasin.

Les deux tumeurs ont été enlevées. Il est dit dans l'observation « que M. Chassaignac parvint à isoler la tumeur d'avec les

(1) *Lancet*, 1856, vol. I, p. 371.
(2) Azam, *Union méd.*, 1861, t. XII, 2e série, p. 478.

tendons, et qu'on avait été même obligé d'enlever leurs fibres les plus superficielles. »

Le malade a guéri (1).

Ces productions nous semblent être développées sur la gaîne synoviale, et comme l'examen microscopique n'a pas été fait, on peut nier la nature cancéreuse du mal.

A la Société de chirurgie, séance du 17 septembre (2), M. Broca a présenté un exemple remarquable de récidive de tumeurs fibro-plastiques dans une cicatrice, avec propagation du cancer aux tendons.

Voici les détails donnés par le chirurgien :

Les tendons des extenseurs, du jambier antérieur, du jambier postérieur et des deux péroniers latéraux viennent se perdre dans la masse fibro-plastique où on peut les suivre jusqu'à une petite distance de la cicatrice. Ils sont tuméfiés, présentent une couleur grise, une consistance lardacée et un volume considérable. — Le tendon du jambier postérieur offre dans une étendue de 5 centimètres le volume du petit doigt. Celui du long péronier latéral est plus gros que le pouce, et celui du jambier antérieur a près de 2 centimètres de diamètre. Tous sont assez exactement cylindriques, à l'exception du tendon du long péronier latéral, qui présente plusieurs bosselures arrondies. Deux de ces tendons se détachent de la tumeur principale, et l'altération dont ils sont le siége remonte à une distance notable au-dessus des limites apparentes du mal. La maladie du long péronier latéral occupe toute la longueur de la coulisse dans laquelle glisse ce tendon sur le côté externe du calcanéum, et derrière la malléole voisine. Mais le tendon du tibial antérieur est bien plus curieux encore; il est transformé dans toute sa longueur en une sorte de boudin fibro-plastique parfaitement cylindrique, parfaitement lisse à sa surface, et le tissu cellulaire qui l'environne est parfaitement sain. Cette altération remonte jusqu'à l'extrémité supérieure du tendon, et ce qu'il y a de plus remarquable, c'est qu'elle s'arrête brusquement au niveau de l'union du tendon avec la partie charnue du muscle.

Les opinions des auteurs sur le cancer musculaire primitif n'ont pas beaucoup varié.

Bérard et M. Denonvilliers disaient que les faits n'en établissaient pas la preuve.

(1) *Gaz. des hôp.*, 1852, n° du 20 avril, p. 183.
(2) Broca, *Bull. Soc. de chir.*, 1856, t. VII, p. 114.

Paget disait : « *I have never seen a primary scirrhons cancer in a muscle* (1). »

Rokitansky, Gross ne sont pas plus explicites. L'école micrographique allemande admet aujourd'hui le cancer métastatique des muscles, Wittich en particulier.

Tous les auteurs qui ont été moins scrupuleux ont cru Warren sur parole, de là l'encombrement des faits non démonstratifs de cancers dits primitifs des muscles.

En France, M. Cruveilhier pense que le cancer peut exister primitivement dans les muscles, au moins dans les cas où un cancer existe loin d'un organe déjà atteint de cancer.

En résumant les faits, on trouve que six fois le cancer dit musculaire a occupé le grand pectoral ; le triceps crural, trois fois ; le deltoïde, trois fois. Les autres muscles ont été moins souvent atteints. Le biceps brachial et le biceps crural ne l'ont été que deux fois comme les jumeaux. Nous ne comptons pas les cas de récidive et de métastase dans le muscle biceps, ni dans le triceps, ni dans le droit antérieur de l'abdomen.

On voit aussi que les cancers ont été plus souvent observés dans les muscles dont les faisceaux sont isolés et entourés de tissus fibreux épais, dans les muscles aplatis, ou dont les faisceaux s'insèrent sur un ou plusieurs os dans une grande étendue. On conçoit alors que le cancer puisse naître entre les faisceaux du muscle, comme il naît entre les muscles dans le tissu cellulaire. Donc le cancer intra-musculaire est encore contestable sur ce point.

Mais il y a des observations où une portion d'un muscle est infiltrée de cancer à l'une de ses origines (un cas de mélanose secondaire du grand droit, un cas de cancer secondaire dans le moyen fessier (voy. pages 99 et 101), un cas de cancer avec dégénérescence du demi-membraneux. Dans de pareilles conditions, peut-on dire que le cancer soit né exclusivement dans le muscle plutôt que dans le périoste et dans le muscle à la fois ?

Certaines observations comportent que le cancer était entièrement uni à la gaîne d'un muscle long et facilement isolable

(1) Paget, *Lectures on surgical Path.*, 1853, t. II, p. 315.

des parties voisines, cela signifie qu'il s'est formé un cancer du tissu cellulaire adhérent de bonne heure au muscle.

Si nous n'avions aujourd'hui des faits bien démonstratifs de cancer métastatique dans les muscles, nous serions en droit de nier le cancer primitif des muscles. Si nous ne saisissions pour ainsi dire sur le fait avec le microscope le mode de formation du cancer des muscles, nous dirions que les observateurs ont mal vu et qu'il n'y a pas de cancer primitif des muscles, et nous ajouterions que tous les cancers considérés comme des cancers musculaires sont des cancers des os ou des cancers du tissu cellulaire sous-cutané ou intermusculaire qui ont adhéré aux muscles ou qui s'y sont propagés par voie d'envahissement après destruction de l'enveloppe du muscle.

Quoique le scepticisme soit utile à l'établissement des vérités, il ne doit pas être néanmoins poussé trop loin. Nous admettons un cancer intra-musculaire. Nous pensons que, au voisinage des os, un cancer peut débuter entre les fibrilles musculaires, quelquefois d'emblée, plus souvent après que le cancer s'est produit dans le périoste ou dans les tissus fibreux voisins, comme nous voyons les récidives de cancer dans les muscles succéder à une récidive dans le tissu de la cicatrice et remonter quelquefois très-loin dans les tendons et les muscles : alors que, de bonne heure, le début de la production cancéreuse commençant à se manifester, le chemin est ouvert à la propagation au milieu des fibres musculaires.

Le cancer primitif des muscles sera donc pour nous possible mais très-rare, nous aurons peu de choses à en dire. Mais comme nous devons étudier les tumeurs des muscles, nous comprendrons dans la nosographie des tumeurs cancéreuses musculaires, celles mêmes qui ne sont qu'attachées fortement à la gaîne d'un muscle.

Les récidives de cancer, les cancers métastatiques prêtent aux mêmes considérations anatomo-pathologiques symptomatologiques que les tumeurs précédentes.

L'examen microscopique du cancer des muscles a été fait. M. Sick a représenté dans de belles planches le mode de for-

mation du cancer des muscles (1), les recherches de M. Cornil sur le même sujet sont d'accord avec les observations de l'auteur allemand (2). Le cancer est constitué dans les muscles (là où l'altération n'a pas encore détruit le muscle) par des granulations déposées entre les fibres musculaires dans la substance interfibrillaire. Ces granulations sont composées de noyaux et de petites cellules, la génération de cellules nouvelles a lieu d'abord sur le sarcolème.

Les fibres musculaires subissent en même temps la dégénérescence cireuse. Cette étude montre bien la possibilité du cancer des muscles et sa source habituelle, le tissu conjonctif de ces organes.

Dans le cœur, les lésions sont les mêmes. M. Cornil nous a dit avoir examiné un cancer du cœur observé par M. Bernutz, et avoir trouvé des lésions identiques avec celles d'un cancer du muscle fessier.

Dans la langue, le cancer qui débute d'ordinaire par la muqueuse ou par les glandules, est, d'après les recherches de M. Cornil, du cancer épithélial. Cette remarque indique que le cancer primitif dans le tissu cellulaire interfibrillaire de la langue est rare et que le plus souvent le mal a débuté par la muqueuse.

Les *signes* des cancers des muscles sont ceux des cancers en général, une tumeur développée assez rapidement, excepté s'il s'agit d'un cancer cartilagineux et d'un cancer fibroplastique. Dans ces cas, le cancer reste stationnaire pendant quelque temps ou croît avec lenteur, puis prend tout à coup un accroissement considérable en peu de temps.

Mais il est toujours difficile de préciser le siége du cancer profond.

Il est rare que le cancer situé entre les muscles ou attaché à

(1) Sick, *Arch. de Vrichow*, 1864, vol. XXXI, p. 225.

(2) Cornil, *Mémoire* couronné par l'Académie, prix Portal. — Ce travail est inédit, et M. Cornil a bien voulu nous en communiquer le manuscrit.

leur gaîne, ou même né dans leur épaisseur, soit accompagné d'engorgements ganglionnaires, à moins que le cancer ne soit adhérent à la peau.

L'ulcération apparaît tardivement en général ; lorsque le mal a acquis un certain volume, les malades maigrissent toujours un peu, il n'y a d'exception que pour les tumeurs fibro-plastiques qui sont les cancers dont la marche est l'une des moins rapides entre les cancers.

Il y a peu de choses certaines pour le *diagnostic* du cancer des muscles.

Pour un très-petit nombre de cancers dits des muscles, on à pu trouver le signe caractéristique des tumeurs des muscles, la mobilité latérale dans le sens de la largeur du muscle, ou dans le sens perpendiculaire à sa direction de ses fibres pendant sa contraction. Deux circonstances s'y opposent : les adhérences prématurées de la tumeur avec les parties voisines, et le siége problématique jusqu'ici de la tumeur au milieu du muscle, excepté dans les cas où le cancer du muscle est métastatique ; mais alors la tumeur est très-petite et elle a échappé aux investigations des chirurgiens non prévenus. Les tumeurs métastatiques dans les viscères vasculaires sont, on le sait, généralement inconnues, les malades en souffrent peu, à moins qu'il n'y ait un obstacle mécanique à une fonction.

Le cancer intermusculaire ne peut être confondu qu'avec :

Le cancer des os, les lipomes profonds, les kystes à parois épaisses, les tumeurs syphilitiques.

Le cancer des os est une tumeur fixe, au voisinage d'un os dès son début. Le cancer inter-musculaire est mobile dans les parties molles ; le cancer situé sur la gaîne d'un muscle est mobile quelquefois avec le muscle. Lorsque la tumeur péri-musculaire est très-volumineuse, il n'y a plus de mobilité, et alors le diagnostic ne peut être fait que pendant ou après l'opération.

Les lipomes profonds sont toujours mobiles, ils sont plus mous que les cancers qui existent depuis peu de temps ; si l'on peut prendre une tumeur ou cancer fibro-plastique pour un

lipome, au point de vue de la consistance de la tumeur, c'est à une époque où la durée de la maladie et l'accroissement rapide du cancer ne laisse plus de doute.

Les kystes à parois épaisses, hydatiques ou hématiques, sont très-difficiles à reconnaître, autrement que par leur durée, relativement plus longue que les cancers, et surtout à une régularité plus grande que les tumeurs cancéreuses. A leur origine, les cancers petits et durs peuvent simuler des kystes, et le lecteur a vu, à propos des tumeurs érectiles flétries décrites plus haut, qu'on les avait prises pour des tumeurs fibro-plastiques au début. Une ponction exploratrice, sur des points fluctuants, et l'examen des liquides évacués donneraient encore des indications sur la nature de la tumeur. Cependant, ainsi que l'a observé M. Demarquay (fait cité plus haut), on peut rencontrer des bourses séreuses accidentelles autour des cancers fibro-plastiques. Le mouvement des muscles et la nécessité de leur protection occasionne quelquefois cette formation ; si l'on ponctionnait en ces points, on pourrait croire que la tumeur est un kyste séreux. La connaissance de ces faits éclairera le chirurgien, et il devra avoir présent à l'esprit, que s'il y a un seul point fluctuant, il doit vider la tumeur liquide pendant l'exploration ; s'il reste une tumeur volumineuse et molle, il est probable que la tumeur liquide était due à une bourse séreuse formée autour de la tumeur, ceci est vrai surtout pour les tumeurs des membres. M. Gosselin a bien constaté ce fait sur une tumeur cancéreuse contenant des kystes développés à l'épaule et attachés au grand pectoral.

Les tumeurs syphilitiques n'ont jamais été confondues avec des cancers, par cette raison excellente que les tumeurs syphilitiques se sont développées assez rapidement, et chez un individu atteint de syphilis antérieurement. Nous avons déjà indiqué plus haut ce diagnostic différentiel, à propos des tumeurs syphilitiques, pour la langue comme pour les muscles de la vie de relation.

Il n'est pas malaisé de reconnaître une récidive de cancer dans les muscles; on sent, au voisinage des cicatrices, une induration

sur le trajet d'un muscle. Le cancer métastatique des muscles est ignoré souvent.

Le *pronostic* des cancers péri-musculaires ou musculaires est grave comme celui de tout cancer.

Le *traitement* des cancers, est le traitement des cancers limités, on peut, comme cela a été fait dans presque tous les cas, enlever la tumeur par dissection en enlevant même des portions de muscle. C'est donc la seule ressource contre les tumeurs situées sur le tronc. Une des observations de Warren montre que même une tumeur fixée aux côtes, et qu'il a fallu aller disséquer du péritoine, a pu être enlevée avec succès. Mais lorsqu'il s'agit d'une grosse tumeur des membres peu mobile qui doit nécessiter une dissection étendue, l'amputation est de beaucoup préférable.

Les indications et contre-indications de ces opérations sont les mêmes d'ailleurs que pour tous les autres cancers.

Il n'y a rien à faire contre les cancers métastatiques des muscles.

## TUBERCULES DES MUSCLES.

Les tubercules des muscles sont très-rares, on observe des dépôts tuberculeux dans l'utérus et sur la langue des ulcérations dites tuberculeuses et la fin des tuberculisations généralisées, ou en même temps qu'elles, mais ces tubercules ne sont pas dans le tissu musculaire.

Une seule observation doit nous arrêter, c'est celle de Latour (1), il existait dans le deltoïde un abcès contenant du pus jaunâtre, semblable à un tubercule ramolli.

Vittig, cité par Forster (2), dit qu'il n'y a pas de tubercule miliaire dans les muscles comme dans les autres tissus tels que le péritoine et la pie-mère; il dit qu'on rencontre quelquefois des petites masses caséeuses circonscrites dans le cœur comme

(1) Latour, voy. plus haut, ABCÈS DES MUSCLES.
(2) Forster, *loc. cit.*

dans les muscles. Forster croit que ce sont là de petites inflammations causées par une métastase tuberculeuse.

Ces tubercules ne donnent pas lieu à la formation de tumeurs, mais on connaît des exemples de poches tuberculeuses et abcès froids, suite du mal de Pott, qui se sont engagés dans le psoas et ont été reconnus à une tumeur de l'abdomen suivant le trajet de ce muscle.

---

# TUMEURS PARASITAIRES DES MUSCLES.

Les tumeurs des muscles formées par des parasites sont les kystes hydatiques et certains kystes de cysticerque.

Les trichines ne donnent pas lieu à la formation de tumeurs, le ver est microscopique, et le kyste qui l'enferme quelquefois n'acquiert pas un volume maximum supérieur à une tête d'épingle. Malgré son actualité, nous laisserons donc de côté la trichinose des muscles.

## KYSTES HYDATIQUES.

Les kystes hydatiques des muscles sont aujourd'hui bien démontrés, et nous possédons un nombre suffisant de faits pour en faire une histoire. A priori, il était depuis longtemps indiqué que les hydatides pouvaient se développer dans les muscles. La science compte neuf observations d'hydatides du cœur : David Price, Évans, Portal, anonyme, Carswell, Rokitansky, Budd, Griesinger (1).

Les faisceaux musculaires de la vessie et de l'utérus semblent avoir été aussi le siége de kystes hydatiques. Hunter dit avoir vu un kyste hydatique au col de la vessie (2).

M. Ferrand a présenté à la Société anatomique un kyste hydatique de l'utérus. Ce fait est très-curieux, en ce qu'il y avait en même temps des hydatides dans le corps thyroïde et dans le foie (3).

Voici les cas d'hydatides des muscles connus :

(1) Davaine, *Traité des entozoaires*. Paris, 1860, p. 399.
(2) Hunter, *Med. chir. Trans.*, 1793, vol. I, p. 35.
(3) Ferrand, *Bulletins de la Société anatomique*, 1861, p. 243.

Deux pièces pathologiques au musée du Collége royal des chirurgiens de Londres ;

Un kyste hydatique du muscle grand fessier recueilli chez une femme âgée de quarante ans ; la tumeur fut excisée, la malade guérit (pièce n° 345); un kyste hydatique du droit antérieur de l'abdomen (pièce n° 597).

Janin (1), 1805, a vu un kyste hydatique situé dans les parois de l'abdomen, sous les parties aponévrotiques du muscle transverse, au bord du carré des lombes qui en formait la base.

La lésion n'a pas été diagnostiquée ; seulement Janin disait : « Le balancement de cette fluctuation me paraissait plus prompt et, par conséquent, plus fluide que celui qu'on ressent dans un foyer purulent. »

Une incision a été faite et un grand nombre d'hydatides a été évacué. Le kyste a été extrait avec des pinces. Des injections vineuses et alcooliques ont été faites; la malade a guéri.

Cette observation, citée dans un très-bon rapport de M. Fernet (2), sur deux observations d'hydatides présentées à la Société anatomique, ne nous paraît pas prouver que l'hydatide était logée dans les muscles.

Il faut en dire autant d'une observation de J. Baron. 1825 (3). Ce n'est pas une observation, c'est une note : trois grosses hydatides, du volume d'un œuf d'oie, avaient été trouvées entre les muscles intercostaux ; elles s'étaient développées entre les côtes et avaient fait saillie à l'extérieur, sous la peau, en même temps qu'elles s'étaient développées du côté de la cavité thoracique.

Nous ne compterons pas, pour ces raisons, une observation de M. Velpeau, publiée par Marcé en 1855, dans la *Gazette des hôpitaux*, où un kyste énorme avait occupé un espace intercostal, et avait proéminé à la fois dans le thorax et à l'extérieur : le siége précis du kyste n'est pas indiqué.

Les kystes hydatiques assez fréquents de la région sterno-

(1) Janin, *Journal de médecine de Sédillot*, 1805, p. 254.

(2) Fernet, *Bull. Soc. anat.*, 1865, p 217.

(3) Observation citée dans le rapport de Fernet, *loc. cit.*, tirée de John Baron, *Recherches, observations et expériences sur le développement naturel et artificiel des maladies tuberculeuses*, traduit par V. Boivin. Paris, 1825, p. 141.

mastoïdienne, et dont nous avons observé un cas à l'hôpital Saint-Antoine l'année dernière, ne doivent pas être considérés certainement comme des kystes musculaires. Lorsque nous avons incisé le kyste, nous avons traversé des fibres musculaires, mais nous n'avons pas une preuve plus grande.

Bidloo, Rossi, Defrance et Roux ont cité des faits du même genre; mais la démonstration anatomique du siége de la tumeur dans le muscle n'est pas évidente (1).

Nous aurions la même objection à faire à l'observation de M. Robillard (2) : il s'agit d'une tumeur hydatique développée sur la paroi abdominale, à la région ombilicale. Dans ce cas, une ponction avec le trocart et des injections iodées avaient été faites; il était impossible d'avoir des renseignements sur le siége de la tumeur.

Dupuytren a observé une tumeur hydatique du biceps, 1833 (3).

Un homme de vingt-sept ans, d'une assez bonne constitution, imprimeur, ayant fait un effort en chargeant sa presse, avait ressenti une douleur dans le bras gauche, au niveau du corps du biceps; il y avait porté la main et avait trouvé une tumeur. Lorsque Dupuytren a examiné la tumeur, elle occupait la partie moyenne et antérieure du biceps; elle avait le volume d'un petit œuf. Il n'y avait pas de chaleur ni de changement de coloration à la peau. La tumeur était immobile; cependant la flexion de l'avant-bras sur le bras produisait sur elle un mouvement d'affaissement. Au dire du malade, cette tumeur datait de huit à dix jours au plus.

Après plusieurs hésitations, Dupuytren a diagnostiqué un kyste hydatique. Cependant, avant d'instituer le traitement, il a fait une ponction exploratrice : après cette ponction, la fluctuation avait été constatée. Sans doute, la ponction exploratrice, en tirant un peu de liquide du kyste, avait diminué sa tension, et la fluctuation était devenue plus évidente. L'opération a été

(1) Davaine, *Ouvrage cité.*
(2) Robillard, *Revue médico-chirurgicale*, 1851, t. X, p. 247.
(3) Dupuytren, *Clinique chirurgicale*, t. III, p. 358.

faite; une incision a été pratiquée et a ouvert le kyste; des hydatides sont sorties. Deux jours après, le malade était dans le meilleur état possible; il n'éprouvait aucune douleur. Il y a eu cependant une inflammation légère, suivie d'une suppuration fort peu abondante.

M. Nélaton, dans une leçon sur le diagnostic différentiel des tumeurs des muscles (1), parle d'une tumeur hydatique volumineuse qu'il a vue située dans l'épaisseur du triceps. Il rappelle un fait observé par Gerdy, ayant trait à une tumeur hydatique du muscle brachial antérieur pris pour un cancer.

Il signale une observation personnelle d'une tumeur hydatique située dans le muscle grand pectoral, d'une femme, et prise pour un cancer du sein par plusieurs chirurgiens. Cette tumeur a été jugée par M. Nélaton devoir être une tumeur musculaire. L'incision et la ponction ont donné issue à des hydatides.

M. Soulé a publié une observation de kyste hydatique de la région lombaire. Depuis deux ans, un malade, âgé de soixante-cinq ans, éprouvait quelques douleurs, et une tuméfaction était apparue à la région lombaire. M. Soulé a constaté « une tumeur oblongue bilobée, ayant le volume d'un œuf de dinde à la région lombaire droite. La palpation fait constater que la tumeur n'est pas douloureuse à la pression, qu'elle est fluctuante, mais que la fluctuation est profonde. » L'absence de frémissement hydatique et la constitution affaiblie du sujet avaient fait diagnostiquer un abcès froid.

Une application de caustique avait été faite sur la tumeur, puis on a incisé l'eschare; il en était sorti de la sérosité; une incision plus grande avait permis de faire sortir des hydatides.

L'exploration avait fait constater que le kyste logeait dans le carré des lombes. Les parois du kyste ont été extraites avec des pinces. Malgré des accidents graves d'infection putride, le malade guérit.

Une seconde observation est due à M. Soulé. Il s'agissait d'un homme robuste qui avait, disait-il, une tumeur du bras gauche

(1) Nélaton, *Leçon sur le diagnostic différentiel des tumeurs syphilitiques* (*Gaz. des hôp.*, 1851, *loc. cit.*).

depuis six mois, et il ne disait pas avoir reçu de coup. La tumeur s'était ouverte au bout de cinq mois. Le foyer s'était fermé, et une fistule avait persisté et donnait issue à une suppuration onctueuse et filante. Le stylet, introduit dans une cavité à paroi dure, se mouvait librement dans une cavité de 4 centimètres de *rayon* (sic). La fistule s'était cicatrisée, puis la tumeur s'était reproduite. Une incision avait alors été faite, il était sorti du liquide semblable à celui qui s'écoulait par la fistule. Quelques jours après, une hydatide était sortie par la plaie. Le kyste a été alors incisé dans toute sa longueur, et on a reconnu qu'il siégeait dans le biceps. La guérison a eu lieu rapidement. Ici encore le diagnostic n'avait pas été fait (1).

M. Velpeau a enlevé un kyste hydatique situé sous le bord interne du muscle grand dorsal, et le faisceau contigu du muscle grand dentelé. Pour enlever la tumeur, il fallut inciser une portion de ce muscle. La tumeur était constituée à l'intérieur par un kyste fibreux à parois minces et transparentes adhérant par sa moitié interne aux fibres musculaires. Il y avait dans le kyste une hydatide solitaire.

M. Velpeau avait cru à une tumeur solide, fibreuse ou fibro-plastique, la tumeur avait une consistance ferme. Elle était régulière, point fluctuante, ni élastique, et elle était mobile dans une couche de muscles (2).

Depuis six mois la malade, âgée de vingt-deux ans, éprouvait quelques douleurs.

Le début exact du mal n'avait pu être précisé.

Nous avons vu, en 1860, dans le service de M. le professeur Nélaton, chez un homme de quarante ans, un kyste hydatique située dans la masse des muscles sacro-lombaires du côté gauche, et le diagnostic a été fait, grâce au frémissement hydatique, qu'il a été facile de percevoir.

La tumeur, située au-dessus de l'épine iliaque postéro-supérieure, était dure, sans œdème, ni rougeur ni chaleur à la peau,

(1) *Gaz. des hôp.*, 1852, p. 144.
(2) Velpeau, *Tumeur hydatique du grand dentelé* (*Gaz. des hôp.*, 1857, p. 397).

et obscurément fluctuante. La tumeur durait depuis six ans et causait depuis une année des douleurs vagues.

Un des caractères sur lequel a insisté M. Nélaton a été la dureté de la tumeur, et, suivant le professeur, cela tenait à ce que la tumeur était serrée sous l'aponévrose. Le frémissement hydatique était obtenu facilement par la percussion, et ce caractère était pathognomonique.

L'exploration méthodique des parties voisines de la tumeur a montré qu'elle était bien circonscrite.

Une incision de 2 centimètres environ a été faite et a donné issue à des hydatides. Un tube en caoutchouc perforé a été placé en guise de mèche, et des injections iodées ont été faites dans le foyer, qui est peu à peu revenu sur lui-même après avoir suppuré. Au bout d'un mois environ, le malade était guéri.

L'on peut joindre à ces faits : — une citation de M. Demarquay à propos d'un malade de Blandin. Ce dernier chirurgien voulait enlever une tumeur du biceps brachial qu'il jugeait une tumeur dure. Pendant l'opération, on reconnut que cette tumeur contenait un liquide. C'était une hydatide développée au milieu du muscle. — Une citation de M. Parmentier à la Société anatomique (1), un cas de kyste hydatique du psoas observé par Blandin en 1842 (2).

Une citation de Leydy, qui a trouvé chez le fils d'un marin anglais un kyste hydatique dans les muscles du côté droit de l'abdomen (3).

Un fait de Cross (4), qui a dit avoir vu un kyste hydatique du deltoïde chez un homme âgé de soixante-dix ans. La tumeur avait le volume d'une noix et durait depuis six mois. Cette indication, que nous avons trouvée dans le mémoire de Teevan, n'est certes pas explicite.

Parmi les faits non précisés, signalons une mention de M. A. Legrand ; dans un mémoire présenté à l'Académie des sciences

(1) Fernet, *loc. cit.*, et *Bull. Soc. anat.*, *loc. cit.*, p. 226.
(2) Davaine, *Traité des entozoaires*, p. 377.
(3) Leydy, *Synopsis entoz.*, n° 43.
(4) Cross, *Surgical path.*, vol. I, p. 747.

le 2 juin 1860, il citait un cas d'hydatide observé par lui dans le tissu musculaire du trapèze (1).

Il y a deux cas d'hydatides musculaires dans les recueils de la Société anatomique.

Une observation a été recueillie en 1864 dans le service de M. Velpeau. Voici la note publiée par M. Fernet :

Un homme d'une bonne constitution avait vu se développer, à la suite d'un coup reçu plus d'un an auparavant, une tumeur située dans la région lombaire du côté gauche.

Le diagnostic était fort douteux, et l'on avait cru à une tumeur solide. L'ablation complète de la tumeur fut pratiquée, et on reconnut alors qu'il s'agissait d'un kyste hydatique multiloculaire développé dans l'épaisseur de la masse des muscles sacro-lombaires.

Les hydatides ne furent pas examinées au microscope (2).

M. Sanné a communiqué à la Société une observation où l'anatomie pathologique de la lésion a pu être faite dans tous ses détails (3).

La nommée R..., âgée de vingt-six ans, entre, le 29 février 1865, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Woillemier, remplacé alors par M. Liégeois.

Elle porte à la partie interne supérieure et un peu postérieure de la cuisse gauche, au-dessous du pli fessier, une tumeur qui paraît siéger au milieu du tissu cellulaire de la région.

La malade fait remonter l'origine de la tumeur à sept ou huit ans. Le volume de la tumeur était alors celui d'une noisette. L'accroissement s'est fait peu à peu et sans douleur, si bien que la malade, au moment de son entrée dans les salles, déclara que la tumeur ne lui causait aucune douleur, mais seulement une gêne notable, en raison de son volume et de son poids.

L'examen de la malade fit constater l'existence d'une tumeur un peu dure, résistante, sans fluctuation, mobile, sans adhérences à la peau, et un peu irrégulière à sa surface. M. Liégeois diagnostiqua un lipome. Cependant, avant d'extirper la tumeur, il crut devoir pratiquer une ponction exploratrice. Cette opération donna lieu à un résultat tout à fait inattendu. En effet, on vit sortir de la canule une très-petite quantité, environ une cuillerée à café, d'un liquide très-limpide et très-transparent. Étonné de la petite quantité du liquide obtenu par la ponction d'une tumeur aussi volumineuse, M. Liégeois fit mouvoir la canule dans tous les sens, mais sans succès. La canule fut alors retirée, et entraîna avec elle une pellicule blanchâtre, dont

(1) A. Legrand, *Gaz. des hôp.*, 1860, p. 15.
(2) Fernet, *Bull. de la Soc. anat.*, *loc. cit.*
(3) Sanné, *Bull. Soc. anat.*, 1865, p. 214.

aspect était celui d'une enveloppe d'hydatide, et qui coiffait l'extrémité de la canule.

Je dois ajouter que le trocart, en se mouvant dans la tumeur, paraissait rencontrer des parois résistantes, et offrait, dans certains endroits, une dureté pierreuse.

En présence de ces faits, malgré la petite quantité de liquide retiré, — circonstance qui pouvait, d'ailleurs, être expliquée par la présence de la pellicule blanchâtre sur l'extrémité du trocart, — et malgré l'absence du frémissement hydatique qui avait été recherché en vain, il était évident que l'on avait affaire à un kyste hydatique.

M. Liégeois se décide à pratiquer l'ablation complète de la tumeur. L'opération a lieu le 20 mars par incision et énucléation, et fait reconnaître que la tumeur était sous-aponévrotique et développée dans l'épaisseur de la masse musculaire de la partie interne de la cuisse. Il est impossible de voir exactement dans quel muscle siége la tumeur; on peut dire seulement que c'est dans l'un des adducteurs de la cuisse. La tumeur ayant été énuclée, on constate qu'elle est ovoïde, transparente, et qu'elle présente le volume du poing. Sa face externe est lisse, et l'on ne trouve rien dans l'épaisseur des parois qui explique la sensation de dureté pierreuse qui avait été perçue pendant la ponction.

La paroi se compose de deux membranes ; dont l'une, externe, de nature fibreuse, résistante, présente, sur sa face externe, de nombreuses insertions musculaires, qui résultent des fibres musculaires auxquelles elle adhérait et qui ont été sectionnées. Cette membrane est doublée d'une autre plus mince et peu résistante, dont la face interne est tapissée d'un grand nombre de bourgeons.

La paroi étant incisée, on voit sortir de l'intérieur du kyste de nombreuses hydatides de toutes les grandeurs et appartenant à plusieurs générations, ainsi que des débris d'hydatides. Le tout est plongé dans un liquide blanchâtre, de consistance gommeuse et peu abondant. Les hydatides contiennent un liquide très-limpide. On n'a pas constaté d'échinocoques dans aucune d'elles.

De ces notes et des observations, il résulte que l'on a vu des kystes hydatiques musculaires 14 fois d'une manière incontestable. Nous exceptons les faits de Janin, de John Baron et Leydy, de A. Legrand. Sur ce nombre, ce sont les kystes hydatiques du biceps et de la masse des muscles sacro-lombaires qui ont été le plus observés.

L'étiologie des kystes hydatiques est toujours obscure, et il n'y a pas de choses spéciales à dire sur la cause des kystes hydatiques des muscles. Il faudrait faire ici toute l'histoire de la transmission des vers vésiculaires des animaux à l'homme.

Les kystes hydatiques existent dans les muscles, au milieu des fibres musculaires. Leur siége exact à leur origine n'a pas encore été étudié; mais tout fait supposer que, comme les autres tumeurs des muscles, ils se développent dans le tissu conjonctif interfibrillaire.

L'évolution et la *marche* des kystes hydatiques des muscles est toujours obscure.

Le début précis du mal n'a pu être trouvé chez aucun des malades. La tumeur étant très-petite d'abord et toujours indolente ou à peu près, les malades ne la constatent pas; ils font presque toujours remonter l'origine de leur mal à une contusion ou à un effort, parce qu'ils ont souffert légèrement, à un moment donné, au point où existe la tumeur.

Mais ceci n'est point particulier aux hydatides des muscles.

Un des modes rares de terminaison des kystes hydatiques des muscles est l'ulcération. Tel est l'exemple fourni par M. Soulé. L'observation elle-même servira d'exposé des signes, puisque c'est le seul cas que nous possédions.

D'ordinaire, en effet, la poche hydatique acquiert le volume d'un œuf de poule, d'une petite orange; et, comme le malade s'aperçoit de son mal, il se fait voir à un chirurgien.

Nous pouvons supposer toutefois qu'il peut se passer, dans les kystes hydatiques des muscles, ce que M. Cruveilhier a vu exister pour les kystes hydatiques du foie, la transformation du contenu de la tumeur en une masse concrète analogue à du mastic de vitrier; enfin, ce que l'on a vu à la Société anatomique l'année dernière : une ossification partielle du kyste.

Les *signes* et le diagnostic des kystes hydatiques sont ceux des tumeurs des muscles en général : une tumeur située sur le trajet connu d'un muscle, ou mobile avec le muscle, s'il s'agit d'un muscle long et étroit comme le biceps.

Il est rare que la tumeur soit fluctuante; elle est le plus souvent dure. Quelquefois elle est lobulée, comme dans l'observation du malade que nous avons vu. Le frémissement hydatique, signe caractéristique des tumeurs hydatiques, n'a été constaté

qu'une fois : c'était dans un cas de tumeur située au milieu des muscles sacro-lombaires. Sans doute, l'extrême résistance du milieu est favorable à la recherche de ce signe fourni par la alpation, car il n'a pas été observé dans les autres tumeurs; peut-être d'ailleurs on ne l'avait pas cherché.

M. Soulé conseille de placer le muscle dans le relâchement et de le faire contracter successivement, et de rechercher le frémissement pendant que le muscle est dans ces deux états. Cette réflexion, ce moyen de diagnostic, sont rétrospectifs; M. Soulé n'a pas diagnostiqué ainsi les deux kystes qu'il a observés, nous ne connaissons donc pas la valeur du moyen.

Les kystes hydatiques des muscles ont été diagnostiqués 2 fois.

Dupuytren avait fait le diagnostic avant d'avoir recours à une ponction exploratrice, et il avait jugé qu'il ne s'agissait point d'une rupture d'un muscle (supposable d'après le récit du malade), parce que le malade n'éprouvait aucune douleur sur le trajet du muscle, et parce qu'il ne trouvait point les signes d'autres tumeurs. Dupuytren, du reste, avait connaissance de faits de tumeurs hydatiques.

M. Nélaton a diagnostiqué une fois un kyste hydatique de la région lombaire. Nous avons assisté au diagnostic et il reposait, suivant le professeur, sur la constatation non équivoque du frémissement hydatique et sur la longue durée du mal.

Le *diagnostic différentiel* des kystes hydatiques doit être fait surtout en prenant en considération les opinions qu'ont eues les chirurgiens au moment d'agir sur la tumeur. On a cru à un lipome, à une tumeur fibreuse.

L'erreur est presque inévitable dans les deux cas, si le frémissement hydatique manque et s'il n'y a pas trace de fluctuation.

Le malade de M. Liégeois avait sa tumeur depuis sept ans, et un lipome inter-musculaire serait certes venu se faire jour entre les muscles sous la peau pendant un temps si long. D'ailleurs, dans ce cas, on n'a pas cherché à se rendre compte si la tumeur était située dans un muscle en faisant contracter les adducteurs. Lors donc que les chirurgiens observeront une tumeur d'un diagnostic douteux, à la partie profonde de la région

des adducteurs, ils devront songer à la possibilité d'une tumeur musculaire hydatique.

En cas de doute absolu, la ponction exploratrice (sagement faite par M. Liégeois) est un moyen sûr de diagnostic.

En principe, disons-le, un lipome ressemble bien plus à un abcès froid qu'à un kyste hydatique.

Les hydatides du biceps ont été diagnostiquées par Dupuytren. Mais Blandin a pris un de ces kystes pour une tumeur dure, l'erreur était sans doute possible. Une ponction exploratrice sera donc quelquefois nécessaire pour le diagnostic.

Les tumeurs syphilitiques des muscles sont rares dans les muscles où l'on a rencontré, le plus souvent, les hydatides; mais cela ne peut être qu'un renseignement. La tumeur syphilitique est toujours moins bien limitée qu'un kyste, et les marques de la syphilis constitutionnelle sont une puissante raison pour faire reconnaître une tumeur syphilitique.

Comme les malades rapportent souvent la lésion à un coup, on pourrait confondre la tumeur avec une déchirure musculaire, mais un petit épanchement capable de causer une tumeur n'est jamais circonscrit et dur comme un kyste. S'il y a eu une rupture musculaire, des douleurs existent; elles manquent s'il y a un kyste hydatique.

Les abcès des muscles, les abcès chroniques en particulier, ne peuvent être distingués des kystes hydatiques, où l'on ne trouve pas le frémissement hydatique. En effet, à part l'origine, la lésion est presque la même.

Enfin, il serait possible de reconnaître les tumeurs hématiques anciennes et les petites tumeurs érectiles flétries, au volume de la dureté de la tumeur dans le premier cas, et à la petitesse même des tumeurs et à leur congénialité dans le second.

Le pronostic des kystes hydatiques des muscles n'est pas grave; ils n'altèrent pas la santé, même lorsqu'ils se sont ulcérés et sont devenus fistuleux.

Le *traitement* le meilleur des kystes hydatiques est celui qui

a été appliqué par Dupuytren et M. Nélaton : l'incision simple du kyste, le passage d'une mèche, ou l'introduction de charpie dans la cavité du kyste et des injections iodées.

Des tumeurs kystiques ont été enlevées impunément par suite de diagnostics incertains. Cette pratique ne doit pas être généralisée.

Lorsque l'on enlève une tumeur kystique, on creuse une cavité dans un membre au milieu même d'un muscle quelquefois : cela est plus grave que d'ouvrir le kyste et de le laisser suppurer. La suppuration des muscles est moins sûrement innocente que la suppuration d'une membrane adventice celluleuse, telle que celle qui enveloppe les hydatides.

Même quand la tumeur était un peu profondément située, il est possible d'ouvrir le kyste et de le laisser suppurer. On recouvre la plaie de cataplasmes. On facilite l'écoulement du pus par des mèches, ou un tube perforé en caoutchouc, passé d'après la méthode de M. Chassaignac. Des injections iodées favorisent la prompte cicatrisation du kyste.

### TUMEURS DES MUSCLES FORMÉS PAR DES CYSTICERQUES.

Une observation existe de cysticerque des muscles ayant causé une tumeur appréciable pendant la vie. Trois faits observés sur des cadavres montrent que les cysticerques peuvent former une tumeur musculaire.

Il y a un plus grand nombre de cas où les cysticerques étaient comme infiltrés dans les muscles à l'état de petits vésicules isolés, ainsi que cela se voit chez les porcs ladres. On compte déjà un assez grand nombre de cysticerques dans les muscles de l'homme depuis Stembuch, Loschge et Laennec, Florman, Mascagni, Greve, Demarquay et Gervais, M. Cruvelhier et Gerlac (1). Lobstein, au dire de M. Cruveilhier, aurait vu des cysticerques dans les muscles de l'épaule d'un jeune homme (2). Le cœur même a été le siége d'entozoaires, d'après les obser-

(1) Voy. Davaine, *Traité des entozoaires*, Paris, 1860.
(2) Cruveilhier, t. II, p. 367.

vations de Morgagni, Rudolphi, Andral, Fewal et Leudet (1), et cela prouve que, comme les hydatides, les cysticerques vivent bien dans le tissu musculaire.

Le fait vu sur le vivant appartient à Chabert, qui a observé un cysticerque formant une tumeur sous la langue d'un enfant, et que ce médecin fait enlever par Chaumontel (2). La tumeur était petite et sa nature n'avait pas été reconnue.

Trois autopsies montrent que des tumeurs attachées à des muscles formaient une tumeur assez volumineuse pour être susceptible d'être reconnue sur le vivant.

Dupuytren dit dans ses leçons orales (3) avoir trouvé un cysticercus finnus dans un kyste ovoïde, long d'environ 8 lignes, fortement adhérent aux fibres musculaires du long péronier. Le kyste était tapissé par une matière jaunâtre assez semblable à de la fibrine du sang. La membrane d'enveloppe était comme fibreuse. Dupuytren a décrit l'animal, et il s'agissait bien d'un cysticerque.

A la Société de biologie, en 1852, M. Follin a montré (4) un kyste contenant des cysticerques et attaché à la face postérieure du muscle droit antérieur de l'abdomen.

Béraud (5) a vu sur un cadavre en dissection et examiné un kyste ovoïde, du volume d'un gros pois, situé sur le bord du fléchisseur sublime. La vésicule contenait un corps blanchâtre du volume d'une grosse tête d'épingle, pourvu d'une tête de quatre ventouses et d'une double couronne de crochets. Ce corps, considéré comme une échinocoque par Béraud, est, aux yeux de M. Davaine, un cysticerque.

Les cysticerques, à part le cysticerque de la langue dont parle Rudolphi, n'ont pas été vus sur le vivant. Il n'y a donc pas lieu de faire l'histoire des tumeurs causées par des cysticerques.

Mais si l'on considère que les kystes formés par les ento-

(1) Davaine, *loc. cit.*
(2) Rhudolphi, *Entozorum historia*, t. II, p. 230.
(3) Dupuytren, *Leçons orales*, t. III, p. 369.
(4) Follin, *Mémoires de la Société de biologie*, 1852, p. 6.
(5) Béraud, *Gaz. des hôp.*, 1857.

zoaires subissent des modifications, ainsi que cela se voit dans l'observation de Dupuytren, on pourrait se demander si certains kystes que nous avons étudiés plus haut ne sont pas des transformations ultérieures de poche de cysticerque altérées.

Le seul enseignement que nous puissions tirer des faits est que les tumeurs formées par des cysticerques enkystés sont toujours très-petites, et qu'elles n'ont pas été jusqu'ici trouvées enfermées dans un muscle.

## CORPS ÉTRANGER DES MUSCLES.

Les muscles, généralement aplatis ou d'un volume relativement peu gros, ne retiennent guère les corps étrangers. On n'a pas cité de cas de corps étrangers dans les muscles de la vie de relation.

Voici un fait de corps étranger enfermé dans la langue qui, par sa singularité, mérite d'être mentionné, et qui permet de juger comment les corps étrangers forment des tumeurs dans le tissu musculaire.

Une femme s'était présentée à M. le docteur Hébert de Tillières avec une tumeur ulcérée de la langue ayant les caractères d'un cancroïde. Le mal existait depuis trois mois et s'était développé à la suite de l'ouverture d'un petit bouton situé sur le côté de la langue. Il y avait un ulcère à bords renversés et comme fongueux, sur une base dure, et qui laissait écouler un liquide ayant une mauvaise odeur.

Mais la malade disait s'être fait arracher, onze mois auparavant, une dent par un charlatan forain, qui avait blessé la langue en enlevant une dent molaire. Le chirurgien a senti, par le toucher, un noyau dur, et, à travers la fistule située au milieu de l'ulcère, il a introduit un stylet, et a perçu la sensation d'un choc contre un corps dur. Une incision a été faite et une couronne de dent molaire a été extraite du fond de la tumeur. La guérison a été rapide (1).

(1) *Bulletin de la Soc. de chir.*, 1855, p. 144.

Ce fait montre la difficulté qu'ont les corps étrangers à s'enkyster dans les muscles. En effet, les muscles qu'il est impossible de cesser de mouvoir doivent entretenir une cause d'irritation qui gêne la cicatrisation du tissu autour du corps étranger.

On voit encore comment il serait possible d'arriver au diagnostic, d'abord par la sensation d'un noyau dur dans le muscle et ensuite par le cathétérisme d'une fistule à l'aide d'un stylet.

Il y a des exemples de corps étrangers, tels que les aiguilles, qui traversent les muscles ; mais ces corps ne produisent pas de désordres locaux et ne donnent pas lieu à des tumeurs. C'est ce qui a été vu chez la jeune Geneviève Pull, dont Sylvi a tracé l'histoire dans le *Mercure de France*, en 1721.

### TUMEURS DIVERSES DES MUSCLES.

Ce chapitre sera nécessairement court, et il n'a pour but que de nous permettre de citer un fait rare et qu'il n'est pas donné de reconnaître sur le vivant.

Bauchet a présenté à la Société anatomique un exemple de névromes multiples, dont quelques-uns étaient développés sur des nerfs des muscles dans l'intérieur des faisceaux musculaires (1).

On conçoit que si une tumeur semblable était seule, sans névromes ailleurs, on ne songerait guère à la possibilité de son existence.

Enfin, on trouve dans le *Compendium* la mention d'un fait observé au siècle dernier, par Collomb, un anévrysme dans la langue qui offrait des pulsations. Aucun fait semblable n'a été observé depuis ; mais comme il y a des artères un peu volumineuses dans les muscles, on peut concevoir la possibilité d'un anévrysme sur leur trajet. Collomb a enlevé l'anévrysme de la langue (2).

(1) Bauchet, *Bull. Soc. anat.*, 1852, p. 47.
(2) *Compendium de chir.*, t. III, p. 713.

## TUMEURS CAUSÉES PAR DES DÉPLACEMENTS MUSCULAIRES.

—

Dans les membres déformés, les muscles peuvent faire saillie d'une façon irrégulière ; mais ces déformations ne sont que des conséquences d'autres états pathologiques et ne constituent pas une maladie.

Il y a deux espèces de déplacement partiel des muscles qui causent une tumeur, les hernies musculaires et la contraction d'un muscle séparé d'une de ces attaches.

### HERNIES MUSCULAIRES.

Sans parler des hernies qui contiennent l'utérus, ni des hernies de l'iris, il convient d'étudier ici certaines tumeurs des muscles, d'un diagnostic souvent difficile, et qui sont liées à des ruptures des aponévroses d'enveloppe des muscles.

Il ne sera pas ici question des déplacements des muscles que Pouteau avait admis et dont Mothe (de Lyon) a montré la vanité. Pouteau, cependant, avait entrevu une question aujourd'hui mieux étudiée, les contractures musculaires partielles ; mais il leur donnait une mauvaise interprétation.

Les hernies musculaires ne pouvaient être démontrées que par des observations bien prises, et surtout il fallait, pour établir qu'il y avait bien réellement hernie, constater une tumeur pendant la contraction musculaire et sa réduction pendant le relâchement du muscle.

Ce n'était pas tout de dire que l'on avait vu des muscles faire hernie dans une plaie fraîche ou dans une plaie en suppuration.

M. Mourlon (1) a réuni cinq observations de tumeurs qu'il désigne comme des hernies musculaires.

Nous concevons que la tumeur jugée, par voie d'exclusion, une hernie musculaire par Dupuytren soit contestable (2).

L'observation suivante, communiquée à M. Mourlon par Larrey, est plus explicite, mais il se peut que le malade ait eu aussi une rupture musculaire.

Rueffy (François), deuxième conducteur, de très-forte constitution, n'a jamais eu de maladies antérieures. Il entra d'abord dans le service de M. Cusco, qui reconnut, à la face supérieure et interne de la cuisse, une tumeur offrant tous les caractères d'un kyste à parois solides, et renfermant probablement un liquide très-dense, à cause de la difficulté de percevoir le phénomène de la fluctuation. Une ponction exploratrice fut faite, mais il ne sortit qu'un peu de sang. Après plusieurs jours d'examen, M. Cusco pensa que cette tumeur pouvait bien être de nature musculaire. Il soumit le malade à M. le baron Larrey, qui le fit entrer dans son service.

M. Larrey apprit que le malade avait serré fortement son cheval, et avait ressenti subitement une douleur et un engourdissement dans le membre.

Ce n'est qu'au bout d'un an que ce soldat s'aperçut qu'il lui était survenu une tumeur à la région supérieure et interne de la cuisse, de la grosseur d'un très-petit œuf de poule, dont le grand diamètre est vertical, et qui correspond aussi exactement que possible au chef supérieur du muscle premier adducteur de la cuisse. Cette tumeur est tout à fait indolente. Elle donne bien parfois une sensation vague de fluctuation, qui n'existe certainement pas. Quand le membre se contracte, elle durcit très-sensiblement; quand les muscles sont relâchés, elle n'a qu'une consistance assez faible. Si on explore avec soin sa périphérie, on trouve des bords plus durs que le reste de la tumeur, et qui font penser à une ouverture de l'aponévrose (3).

Mais il y a d'autres faits. Voici une observation que A. Bérard a rapportée dans sa thèse de concours sur le diagnostic dans les maladies chirurgicales, que d'autres thèses ont reproduites, et qui est un exemple singulier d'erreur de diagnostic et une preuve irrécusable de hernie musculaire.

M. Rouillois (4), interne des hôpitaux, rapporte le fait suivant :

(1) Mourlon, *loc. cit.*

(2) Dupuytren, *Journal hebdomadaire*, 1829, n° du 4 juillet.

(3) Mourlon, *loc. cit.*, p. 31.

(4) Rouillois, thèse de Paris, 1829,—*Journal du progrès des sciences médicales*, t. II, p. 237. — A. Bérard, *Du diagnostic des maladies chirurgicales*, thèse de concours de clinique chirurgicale, 1836, p. 215.

Le nommé Boulmer, âgé de trente-trois ans, raffineur de sucre, d'une forte constitution, brun, bien musclé, entre à l'hôpital le 13 octobre 1829. Il raconte que, il y a quatre mois, à la suite d'un effort violent, en portant contre son ventre une caisse pesant 150 livres, il ressentit aussitôt une vive douleur accompagnée de craquement à la partie interne et supérieure de la cuisse. La douleur fut si vive qu'il tomba en syncope. Il lui fut impossible de se relever ; il dit même que, ayant essayé de marcher, il sentait *quelque chose qui semblait s'embarrasser dans la cuisse.* Ce sont là ses propres expressions.

Il s'aperçut alors d'une petite tumeur grosse comme une noix, située en dedans de la cuisse. Cette tumeur augmenta peu à peu de manière à avoir, au moment de son entrée à l'hôpital, la grosseur d'un petit œuf de poule. Il portait également une hernie inguinale gauche, suite du même effort.

Dans l'aine gauche, à la partie interne de la cuisse, à quatre pouces au-dessous du ligament de Fallope, entre le premier abducteur et le droit interne, on sent sous la peau une petite tumeur, grosse comme un petit œuf de poule, indolente, pâteuse, mobile, sans changement de couleur à la peau ; elle paraît enfoncée entre les muscles. Le malade, en fléchissant un peu la cuisse et la portant en rotation en dehors, fait saillir la tumeur, qui paraît chassée d'entre les muscles, et qu'on peut saisir facilement. Du reste, elle n'est point douloureuse; seulement elle gêne un peu le malade en marchant.

On pratiqua l'opération le 22 novembre. La peau fut incisée dans l'étendue de trois pouces. On aperçut en face de la plaie une ouverture faite à l'aponévrose fascia lata; une portion charnue se trouvait engagée dans cette ouverture et se présentait sous l'aspect d'un corps mou, rougeâtre. Jusque-là on ne se doutait pas encore de la nature de la tumeur; on agrandit l'ouverture aponévrotique et on chercha à saisir *la prétendue tumeur graisseuse*; impossible de la rencontrer. Alors on fit prendre au malade la position qu'il affectait lorsqu'il avait intention de la faire saillir, et l'on vit que cette tumeur était formée par une portion du muscle premier adducteur qui s'engageait dans l'ouverture faite à l'aponévrose. *La plaie ne fut pas réunie par première intention*, à cause d'un écoulement sanguin fourni par un artère qu'il fut impossible de saisir dans le muscle lui-même; il fallut recourir à la compression. *Le malade guérit parfaitement.*

Voici enfin les deux observations qui ont été recueillies par M. Mourlon.

« Un malade en enfourchant son cheval avait senti un craquement dans la cuisse, et il avait senti immédiatement à la racine des bourses une tumeur douloureuse du volume d'un œuf de pigeon, s'aplatissant sous le doigt. »

Deux mois après, M. Mourlon a trouvé le soldat dans l'état suivant :

Tumeur en haut de la cuisse droite, en dedans du paquet des vaisseaux fémoraux, au niveau du côté interne du triangle de Scarpa, du volume d'un œuf de poule, sans changement de couleur à la peau, indolente, d'une consistance qui varie selon les mouvements du membre. Dans la station debout, les cuisses étant légèrement écartées, elle est molle. Si on commande de rapprocher les membres pelviens l'un de l'autre, elle devient progressivement très-dure, plus saillante, comme pédiculée. Porte-t-on la cuisse dans l'abduction, la tumeur diminue et finit par devenir imperceptible à l'œil; alors une compression légère la fait complétement disparaître à travers une ouverture qui peut recevoir quatre doigts, dont les bords tranchants, perpendiculaires à l'axe du fémur, sont semblables à des cordes très-tendues.

Si on applique la main au niveau de la tumeur ainsi réduite, on sent, quand la cuisse passe de l'abduction dans l'adduction, une masse ferme qui tend à s'échapper par l'ouverture dont il vient d'être parlé.

Dans l'exercice, comme dans la marche, les moindres efforts tendent à augmenter les dimensions de la déchirure de l'aponévrose, et partant le volume de la tumeur. Le muscle adducteur n'étant plus efficacement soutenu perd de sa force, et sa fatigue se trahit par une sensation de brisement dans la cuisse.

Les circonstances dans lesquelles la tumeur s'est formée, sa consistance, variable, suivant les mouvements de la cuisse, sa réduction, facile par une pression modérée quand le membre est écarté de son congénère, etc., tout me fait diagnostiquer *une hernie musculaire à travers une déchirure de l'aponévrose d'enveloppe de la cuisse. Le muscle déplacé est le premier ou moyen adducteur de la cuisse.*

Dans ce cas, on le voit, la tumeur se réduisait et se reproduisait pendant les mouvements.

Le dernier fait est court, et comparé au précédent, il a encore sa signification.

La tumeur est située à quatre travers de doigts plus bas que la tubérosité du tibia, au niveau du sillon qui sépare les muscles jambier antérieur et extenseur commun des orteils; elle sort par une déchirure de l'aponévrose jambière produite en sautant la rivière dans un exercice de gymnastique. Cette hernie est très-petite (de la grosseur du bout de l'auriculaire), et seulement perceptible pendant les mouvements de flexion énergique du pied sur la jambe; elle est formée par une portion du muscle jambier antérieur.

M. Mourlon prête à M. Nélaton une opinion que nous n'avons point trouvée dans son livre, la négation des hernies musculaires; il n'en est rien, le professeur ne les a pas décrites, sans doute parce que les deux seuls faits connus à cette époque

n'étaient pas très-concluants. Rectifions encore ici une de ces nombreuses erreurs malheureusement trop souvent commises quand on veut trop prouver la nouveauté de ses œuvres ou leurs mérites.

En résumé, les hernies musculaires sont des ruptures de la membrane d'enveloppe du muscle à travers lesquels s'engagent les fibres du muscle pendant sa contraction, comme des anses intestinales s'engageant dans des ouvertures nomales ou accidentelles des aponévroses. Elles ont lieu dans une plaie sous-cutanée des aponévroses, on les rencontre dans les plaies après l'ouverture de la gaîne du muscle.

Tous nous avons vu des hernies musculaires dans les plaies. Lorsqu'une aponévrose est largement divisée, et quand un muscle a été blessé, le muscle contracté spasmodiquement sort en partie par cette ouverture.

M. Mourlon a cité un cas d'hernie musculaire traumatique, après une incision à la cuisse. Voici la note de cet auteur. « Le 25 février, cinq jours après l'incision, une masse charnue se présente entre les lèvres de la plaie; elle augmente et durcit dans les mouvements d'adduction et de flexion combinée de la cuisse. C'est le couturier qui fait hernie. » Un mois après la plaie était refermée, et il n'y avait plus de tumeur musculaire.

Nous nous attendons ici à une objection ; on dira sans doute qu'il est inexplicable qu'une hernie, à travers une ouverture aponévrotique, soit toujours susceptible de se reproduire dans les observations principales de ce chapitre, et qu'une hernie puisse être guérie après une plaie suppurée. A cela nous répondrons que quand une plaie profonde existe, il y a formation étendue de tissus fibreux cicatriciels, et qu'on peut attendre de sa rétraction des résultats inespérés. Mais nous ne serons pas plus affirmatifs, l'observation de M. Mourlon est une simple note qui ne nous a pas pleinement instruit.

Parmi les tumeurs de nature douteuse qu'a réunies M. Teevan, il en est une qui, si elle n'est pas une tumeur d'un muscle, nous offre au moins un exemple de hernie musculaire.

Chez une vieille femme âgée de soixante-quatorze ans, après

un coup reçu sur la région du muscle sterno-mastoïdien, du côté droit, une tumeur était apparue au point autrefois contus. La fluctuation était évidente ; une ponction a été faite. Il est sorti une livre de pus aqueux, mais une grosseur restait. Le reste de la tumeur a été ponctionné une seconde fois, une incision a été faite avec le bistouri, et il est sorti un liquide mêlé ; peu après, une masse comme fongueuse est sortie par la dernière incision pratiquée, et ressemblait à une hernie du testicule ; le doigt introduit dans la plaie autour de la tumeur, a permis de reconnaître que c'était une tumeur musculaire en connexion avec le muscle sterno-mastoïdien, et par la pression on faisait sortir de cette tumeur une masse jaunâtre fibrineuse. La tumeur a été enlevée, les bords de la plaie ont été avivés et réunis avec des fils d'argent (1).

Un fait plus curieux encore que les précédents, et que nous rapprocherons des hernies musculaires, a été observé à Strasbourg par M. Sédillot ; s'il y a des hernies irréductibles des muscles, ce qu'a vu le chirurgien de Strasbourg en est un exemple. Nous ne voyons pas en effet à quoi l'on pourrait attribuer une pareille lésion.

Jeanne Redonnat, de la Haute-Garonne, marchande ambulante, avait l'habitude de porter sur son avant-bras droit un ballot de marchandises. Elle arrive à la clinique présentant à l'avant-bras une tumeur du volume d'une demi-pomme. Cette tumeur s'était développée lentement, durant l'espace de huit années.

La peau n'est pas altérée ; elle est mobile sur la tumeur ; mais la tumeur n'est pas mobile sur les parties profondes. Elle tient évidemment aux muscles montant et descendant sur l'avant-bras par leur contraction. Une ponction exploratrice ne four que quelques gouttes de sang. A la palpation, la tumeur donnait une sensation de ausse fluctuation. M. Sédillot fit une incision longitudinale sur la tumeur. On tomba immédiatement sur une tumeur brunâtre, très-vasculaire, mal circonscrite, intimement adhérente aux tendons et aux muscles. M. Sédillot excisa une grande partie de la tumeur ; plus tard il en détruisit une autre partie par la pâte de Canquoin, de sorte qu'après deux mois de traitement la malade put quitter l'hôpital, débarrassée de sa tumeur et nullement gênée dans les mouvements de flexion et d'extension de la main.

L'examen microscopique des parties excisées fit reconnaître que la tumeur était presque uniquement composée de fibres musculaires. On trouva

(1) Barwell, *Lanect*, 1861, vlo II, p. 349.

en outre du tissu connnectif et des noyaux plasmatiques en voie de multiplication. Les fibres musculaires étaient très-larges, beaucoup d'entre elles étaient très-riches en noyaux et présentaient la largeur ordinaire; mais malgré des recherches assidues, on ne peut découvrir de véritables fibres musculaires embyonnaires (1).

L'étiologie des hernies musculaires est d'ordinaire un traumatisme qui détermine une rupture d'une aponévrose, peut-être aussi une rupture de la gaîne du muscle, et de quelques-unes des fibres,

Les *symptômes* les meilleurs des hernies musculaires sous-cutanés sont la tuméfaction pâteuse d'une grosseur située sur le trajet d'un muscle, la dureté de la tumeur pendant la contraction musculaire, et enfin la réductibilité partielle ou totale de la tumeur, pendant que les muscles sont à l'état de repos. Quelquefois, comme l'a dit M. Larrey, on trouve un bord dur autour de la tumeur pendant le relâchement des muscles de la région; la tumeur, dit M. Mourlon, n'est jamais pédiculée. Ceci est forcé.

Lorsque la hernie a lieu dans une plaie, la couleur du muscle, les mouvements qui lui sont communiqués, lorsque le muscle se contracte, ne peuvent laisser aucun doute. On a, de plus, le loisir de toucher la hernie musculaire, et de la sentir dure ou molle alternativement.

S'il y a des adhérences entre le muscle hernié et les parties voisines, tous les doutes doivent se présenter à l'esprit du chirurgien, et il doit diagnostiquer presque fatalement une tumeur fibro-plastique ou autre du muscle.

Le *diagnostic* des hernies musculaires sous-cutanées était difficile autrefois, parce qu'on n'en connaissait pas d'observations. Les hernies musculaires ont été confondues avec des maladies très-diverses. Chez le malade de Dupuytren, on avait cru à des varices; chez celui de M. Rouillois, la tumeur avait

(1) *Compte rendu du service de M. Sédillot* (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1859, p. 146).

été prise pour une tumeur graisseuse. M. Cusco a cru à un kyste, M. Sédillot n'a pas porté de diagnostic.

Nous venons de voir en parlant des signes, quels sont les caractères essentiels des hernies musculaires ; examinons maintenant s'il peut y avoir des causes d'illusions.

Une tumeur musculaire qui est rendue fixe par la contraction du muscle, peut faire croire qu'elle devient plus dure ; mais il ne faut pas oublier qu'elle s'efface en même temps, ce qui n'avait pas lieu chez les deux malades dont a parlé M. Mourlon. La hernie musculaire, au contraire, devenait plus saillante.

Mais une tumeur causée par la contraction d'un muscle divisé, est plus difficile à distinguer de la contraction d'un muscle séparé d'une portion de ses attaches, c'est-à-dire rompu. Cependant, en considérant les observations de M. Mourlon et les faits de ruptures musculaires que nous connaissons, il ressort que, dans le premier cas, les malades, après avoir ressenti une douleur violente, avaient néanmoins pu marcher ; lorsqu'une portion de muscle est rompu, les mouvements sont tellement douloureux que la marche ou les efforts sont impossibles.

Le *pronostic* des hernies musculaires n'est pas grave, les muscles dont une portion fait saillie par une ouverture aponévrotique ne perdent pas leur force, et les malades ne souffrent point.

Le *traitement* des hernies musculaires sous-cutanées est simple. Si elle n'est pas considérable, et s'il n'y a point de gêne, il n'y a rien à faire. Quand la hernie est plus volumineuse, la seule indication à remplir, est de faire porter aux malades des bandages en coutil qui soutiennent les parties.

M. Follin pense qu'on pourrait placer sur les hernies musculaires un bandage avec une petite pelote ; il croit que l'on pourrait faire, sur le point lésé, une incision profonde allant jusqu'au muscle, et panser la plaie avec de la charpie sèche, de façon à la faire suppurer et à y faire développer un tissu cica-

triciel assez solide pour boucher le trou de l'aponévrose (1). Ce que l'on sait de l'inefficacité habituelle de l'opération de la kélotomie pour guérir radicalement la hernie intestinale, montre cependant que les ouvertures aponévrotiques se cicatrisent difficilement.

En somme, nous croyons que la valeur de ces opérations ne saurait être jugée.

M. Barwell a enlevé une portion de muscle herniée dans une plaie en suppuration, après avoir enfin reconnu que c'était le muscle qui formait la hernie. Cette opération inutile ne doit pas être renouvelée.

M. Sédillot a enlevé une portion d'une tumeur formée par un tissu musculaire, il en a détruit les restes avec de la pâte au chlorure de zinc ; le malade a bien supporté l'opération. Il n'y a rien à dire, le chirurgien ne savait pas ce qu'était la tumeur, et ce qu'il a fait, beaucoup d'entre nous le feraient sans doute encore.

## TUMEUR PRODUITE PAR LA CONTRACTION D'UNE PORTION DES MUSCLES DÉCHIRÉS.

Les faits ne sont pas nombreux à cet égard, mais on conçoit la possibilité d'une tumeur causée par la contraction d'un muscle divisé.

Larrey a observé un malade atteint de tétanos, et qui avait eu une rupture du muscle droit antérieur de l'abdomen. La portion supérieure du muscle contracté formait une tumeur du volume d'un œuf de poule sur le côté de la ligne blanche au-dessus de l'ombilic, et Larrey disait que la rétraction du muscle en était la cause (3).

On nous objectera sans doute qu'il y a bien longtemps que cela a été vu, soit, mais nous avons d'autres faits à citer.

Virchow a vu un malade chez lequel le biceps s'était déchiré

(1) Follin, *Éléments de path. chir.*, t. II, p. 185.
(2) Larrey, *Mém. de méd. et de chir. mil.*, t. III, p. 288.
(3) Virchow, *Traité des tumeurs*, trad. franç., t. I, p. 140.

au-dessus de son insertion tendineuse inférieure, l'extrémité supérieure du muscle était remontée et formait une tuméfaction qui donnait presque la sensation d'un kyste, mais qu'une pression douce parvenait à allonger et à replacer en même temps dans sa position normale. On n'arriva pas à la guérison.

Il y a un dernier fait plus curieux.

M. Verneuil a présenté à la Société de chirurgie un vieillard âgé de soixante ans atteint de tumeur du biceps brachial. Le malade qui ne se rappelait pas avoir subi aucune violence ou fait aucune chute, avait ressenti seulement depuis quinze ans quelques douleurs vagues au bras, mais sans trace d'inflammation ni de tumeurs. Il n'y avait pas de douleurs au moment où M. Verneuil a vu le malade.

Le bras étant dans l'extension en l'absence de toute contraction des muscles fléchisseurs de l'avant-bras, on trouvait une tumeur molle, dépressible, facile à déplacer dans le sens transversal et qui paraissait lié au biceps. La tumeur avait 3 centimètres de large et se perdait insensiblement en bas dans le tendon, elle se terminait au contraire par un bord irrégulier. Au dessus, le biceps était singulièrement rétréci. Lorsque l'on faisait contracter le muscle, la tumeur devenait plus dure. La tumeur montait et descendait quand l'avant-bras était étendu ou fléchi volontairement par le malade.

M. Verneuil pensait qu'il s'agissait d'une tumeur formée par la longue portion du biceps pelotonné à la partie inférieure par suite de la rupture de son tendon ou du relâchement de ce lien fibreux.

M. A. Richard a pensé qu'il y avait eu plutôt atrophie de la courte portion du biceps (1).

Toute l'histoire de cette lésion est renfermée dans les faits que nous avons cités et il suffit, pour la reconnaître, d'engager le malade à ne point contracter ses muscles ou même de l'endormir avec le chloroforme, quand, par des pressions douces, on ne peut, comme Virchow, ramener le muscle à sa place.

(1) Verneuil et A. Richard, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1857-58, t. VIII, p. 23.

Cette disposition anormale, lésion si l'on veut, peut disparaître. Quand la cicatrisation du muscle a eu lieu par du tissu fibreux, il n'y a plus état maladif, et s'il y a tumeur pendant la contraction du muscle, elle est aussi normale que la tuméfaction due à la contraction d'un muscle sain. Sur ce point, nous ne comprenons pas ce qu' a dit M. Virchow: « On n'arriva pas à la guérison.»

---

# CONCLUSION.

Ainsi, d'après tout ce que nous venons de dire, sauf les tuneurs syphilitiques des muscles, ce qui touche les tumeurs musulaires présente encore beaucoup d'incertitudes.

Des détails anatomo-pathologiques à côté de difficultés conidérables de diagnostic, telle est la substance de la plupart des bservations. Aussi plus d'un doute est souvent resté dans notre sprit. Mais nous savions quel devait être notre rôle, et nous vons tâché de le remplir, persuadé que, même très-incomplets, es faits que nous avons réunis peuvent encore servir à l'observation dans l'avenir.

## ADDENDA.

—

Page 50, ligne 8.

M. Campbell de Morgan dit avoir vu des tumeurs vasculaire dans les muscles. Dans une première observation, il s'agit d'un tumeur située dans le jarret, formée par une masse fibro-grai seuse, au milieu de laquelle il y avait des cavernes et du tiss spongieux ; des phlébolithes existaient dans quelques-unes de c cavités ; mais la connexion avec les muscles n'est pas évident La tumeur, du reste, n'était pas pulsative ; elle existait depu la naissance. On l'a enlevée, croyant qu'elle était une tume graisseuse. L'auteur a enlevé une autre tumeur analogue situ près du demi-membraneux et du droit interne, on avait c disséquer quelques fibres de ce dernier muscle.

Le travail de M. Campbell contient encore des mentio d'observations :

M. Shaw a vu une tumeur érectile sous-cutanée dans l'aissell probablement étendue au muscle intercostal. La tumeur dat de la naissance. Le chirurgien dit que, à l'examen de la pièce, n'a pas vu la ligne de démarcation entre la tumeur, francheme érectile, sous-cutanée et le muscle; il y avait des veines to tueuses, avec des caillots dans l'intérieur, et du sang; des sin veineux ont été trouvés à l'intérieur tapissés d'épithéliu C'était là, à proprement parler, des varices (1).

M. Coote a vu des veinules dilatées dans le deltoïde d' enfant.

Page 76.

M. Tatum, auteur de l'article Maladies des muscles dans l'E *cyclopédie* de Holmes (2), écrit : « J'ai indiqué, en 1845, q

(1) Campbell, *Vascular tumours seated on muscles* (*British and fore* *Review*, janv. 1864, t. I, p. 187).
(2) *Holmes Cootes*, *loc. cit.*, p. 526.

la syphilis avait quelque action sur la production de l'inflammation des muscles. » La note qu'il avait présentée à la Société pathologique de Londres renfermait trois cas d'inflammation du muscle sterno-mastoïdien associée à la syphilis.

M. Tatum parle encore d'une tumeur syphilitique du biceps. Il dit : « Un cas s'est présenté dans lequel la tumeur, siégeant dans le milieu du biceps, était si dure, si bien limitée, que l'ablation à l'aide du bistouri parut parfaitement indiquée. Mais en incisant les fibres des muscles, on ne trouva pas la moindre tumeur ; seulement, le muscle était en cet endroit très-congestionné et infiltré d'une espèce de lymphe grisâtre, qui s'échappa en grande partie avec quantité de sang. La tumeur se trouva ainsi enlevée, et la plaie guérit, ne laissant après elle pas la moindre tuméfaction. »

Page 110.

Bauchet, réunissant les faits connus ou soupçonnés de tubercules musculaires, a écrit :

« Lombard aurait rencontré des tubercules dans les muscles intercostaux. — Laennec a observé un abcès tuberculeux dans le muscle sterno-mastoïdien, à la partie inférieure, chez un malade dont tous les organes étaient tuberculeux. — Vidal (de Cassis) a dit qu'on observait des tubercules dans les muscles chez les sujets scrofuleux et chez les singes phthisiques. » (*Du tubercule au point de vue chirurgical*, concours pour l'agrégation en chirurgie, 1857, p. 98.)

# TABLE DES MATIÈRES.



Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.